



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

ETÄLÄÄKÄRIPALVELUN KEHITTÄMINEN KOTIHOIDOSSA

Anne Pystynen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2017
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Hyvinvointiteknologian koulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Hyvinvointiteknologian koulutus

PYSTYNEN ANNE:

Etälääkäripalvelun kehittäminen kotihoidossa

Opinnäytetyö 60 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Marraskuu 2017

Etäterveydenhuollon alle kuuluvalla videoneuvottelutekniikalla toteutettu etälääkärin vastaanotto vanhustenhoidossa on monin paikoin vasta kokeiluasteella. Sen käytöstä on kuitenkin Suomessa saatu hoidon laadun kannalta osin positiivisia tuloksia, sekä taloudellisia säästöjä. Tulevan Sote-uudistuksen tavoitteena on saada aikaan suuria julkisen talouden säästöjä, jolloin kustannustehokkaita ratkaisuja haetaan myös telelääketieteen avulla, kuten esimerkiksi vanhustenhoidossa toteutettavat etälääkärin vastaanotot.

Tampereen kaupungin Lielahden kotihoidon palvelualueella aloitettiin etälääkäripalvelupilotti tammikuussa 2017. Pilottiprojekti toteutetaan VideoVisit Oy:n toimittamalla etävastaanottoon kehitetyllä ohjelmistoratkaisulla. Lielahden kotihoidon lääkäri- ja etälääkäripalvelun tuottajana on yksityinen lääkäripalvelu Doctagon Oy. Pilotti-projektin tavoitteena oli, että joka neljäs kotihoidon lääkärikäynti korvataan lääkärin etävastaanotolla ja että lääkäripalvelun saatavuus ja palvelun tuottamisen tehokkuus paranevat.

Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin Lielahden kotihoidon etälääkäripalvelukokeilun laadullista toimivuutta. Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen ja aineisto kerättiin asiakkaille ja sairaanhoitajille suunnatulla vaihtoehtokysymyksistä koostuvalla kyselytutkimuksella. Lisäksi sairaanhoitajat vastasivat kolmeen avoimeen kysymykseen. Kyselytutkimuksessa oli kaksi etälääkärikokeilussa alusta asti mukana ollutta sairaanhoitajaa. Lisäksi tutkimuksessa mukana oli viisi kotihoidon asiakasta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen.

Tulokset osoittavat puutteita etälääkäripalvelun järjestämisessä. Teknisten välineiden tulisi olla nykyistä paremmin soveltuvia palvelun toteuttamiseen. Teknisen tuen saatavuuden pilotin aikana sairaanhoitajat kokivat hyväksi. Sairaanhoitajat kokivat, että koulutusta olisi lisättävä ennen etälääkärivastaanoton aloittamista. Asiakkaiden kokemukset etälääkäripalvelusta ovat kyselytutkimusten vastausten perusteella pääosin positiiviset.

Tutkijan johtopäätös on, että järjestämällä etälääkärivastaanottoon nykyistä paremmin soveltuvat päätelaitteet ja järjestämällä riittävästi johdon ja hoitohenkilökunnan koulutusta voidaan pääosa kotihoidon perinteisistä lääkärin vastaanotoista korvata etälääkärivastaanotolla.

Asiasanat: kotihoito, kotihoidon laatu, etävastaanotto, teknologia

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Wellbeing Technology

PYSTYNEN ANNE:

Development of remote doctoral services

Master's thesis 60 pages, appendices 8 pages

November 2017

Doctor's visit for elder people carried out with the help of videoconferencing technology, which is part of remote health care services, is only at the test phase in many of the cases. However, in Finland use of remote doctoral care has brought partly positive results from quality point of view as well as financial savings. Part of the target of the forthcoming social sector reform is to reach remarkable saving in public sector economy, and therefore cost-efficient solutions are looked for by means of telemedicine, doctor remote services for elder people being as an example.

The qualitative functionality of the pilot test phase remote doctoral services in Lielähti home healthcare is surveyed in this thesis. Research method was qualitative and the material was collected by means of the query consisting of optional questions addressed to patients and to nurses. In addition nurses answered to three open questions. In the query participated two nurses who were involved in the pilot project since the beginning. Five patients of the home care participated as well. The material was analyzed by the content method analysis.

The results indicate that there are deficiencies in the organizing of the remote doctoral care. Technical equipment should be better than now adopted to carry out the services. However - access to the technical support was experienced to be good by the nurses. The nurses also considered that the training should be increased before commencing the remote doctoral care service. Experiences of the patients regarding the remote doctoral care, based on the results of the query, were mostly positive.

The conclusion of the researcher is that by organizing equipment adopted to remote care purposes better than now and by organizing sufficient training for management and for nurses most of the doctor care services in home care can be carried out remotely.

Key words: homecare, remote care, quality of home care, technology

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TUTKIMUSKYSYMYKSET JA ONGELMAT	7
	2.1. Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus.....	7
	2.2. Tutkimuskysymykset	7
3	TUTKIMUKSEN KOHDEORGANISAATIO	8
4	ESIMERKKEJÄ ETÄLÄÄKÄRIPALVELUN TOTEUTTAMISESTA	11
	4.1. Taustaa	11
	4.2. Haastatteluista kerätyn aineiston analysointi	12
5	OPINNÄYTETYÖN KÄSITTEELLINEN VIITEKEHYS.....	14
	5.1. Kotihoito	14
	5.2. Kotihoidon laatu.....	16
	5.3. Sairaanhoidajan työnkuva kotihoidossa.....	19
	5.4. Lääkärin työnkuva kotihoidossa	19
	5.5. Etävastaanotto	20
6	UUDEN TEKNOLOGIAN HYÖDYNTÄMINEN	22
	6.1. Teknologiaan liittyvät vaatimukset.....	24
7	TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	27
	7.1. Aineiston keruu.....	27
	7.2. Aineiston analysointi	28
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	30
	8.1. Asiakkaat.....	30
	8.2. Hoitajat.....	31
	8.2.1 Vaihtoehtokysymykset.....	31
	8.2.2 Avoimet kysymykset.....	32
9	TIEKARTTA ETÄLÄÄKÄRIPALVELUN SOVELTUVUUDEN KEHITTÄMISEKSI.....	36
10	POHDINTA.....	40
	10.1. Opinnäytetyön eettisyys	42
	10.2. Tulosten luotettavuus	44
	10.3. Jatkotoimenpiteet	45
	LÄHTEET.....	48
	LIITTEET	53
	Liite 1. Kyselytutkimukseen osallistuville annettava tiedote	53
	Liite 2. Kysymykset asiakkaille	55
	Liite 3. Kysymykset hoitajille	57
	Liite 4. Avoimet kysymykset hoitajille	60

1 JOHDANTO

Väestön vanheneminen ja palvelurakenteiden muutos pakottavat etsimään uusia vaihtoehtoisia tapoja toteuttaa vanhustyötä laadukkaasti ja yhä pienemmillä resursseilla. Informaatio- ja viestintäteknologiaan pohjautuvien etäterveydenhuollon ratkaisujen toivotaan tukevan ikääntyvän väestön hyvinvointia, takaavan laadukkaat palvelut sekä helpottavan hoitohenkilökunnan kasvavaa taakkaa. Etäpalveluna toteutettu terveydenhuolto on tehokas monilla terveydenhuollon aloilla. Taloudelliset ja tutkimukselliset hyödyt tulevat asiakkaan vähentyneestä matkustustarpeesta ja pienemmästä työajan menetyksestä sekä mahdollisuudesta tuoda asiakkaalle erityispalveluja myös tapauksissa, joissa apua tarvitaan nopeasti (Kahn ym. 2016, 2-3). Suomessa yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 18 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 ja 29 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. 85 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan nousevan nykyisestä noin 136 000 hengestä noin 360 000 henkeen eli 2,6 kertaistuvan vuoteen 2040 mennessä (Tilastokeskuksen väestöennuste 2012, 1). Yli 85-vuotiaista oli vuoden 2013 lopussa 20,2 prosenttia pitkäaikaishoidossa joko vanhainkodeissa, terveyskeskuksissa, sairaaloissa tai tehostetun palveluasumisen yksiköissä. (Kauppi, Määttänen, Salminen, Valkonen 2015, 16). Suomen ikäsidonnaiset menot kasvavat selvästi muita maita nopeammin. Niiden ennakoitaan vuosina 2013-2060 kasvavan 2,7 prosenttiyksikköä suhteessa bruttokansantuotteeseen (Valtiovarainministeriön kirjelmä 2015, 2).

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuoden 2015 syksyllä linjauksen, jonka mukaan terveydenhuollon etäpalvelut ovat rinnastettavissa perinteisiin vastaanottokäynteihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 1). Esimerkiksi lääkärin etävastaanotosta saa samansuuruisen korvauksen 1.6.2016 alkaen kuin tavanomaisella lääkärin vastaanotolla käynnistä (Kela 2016, 1).

Erikoissairaanhoidossa televideovastaanotto suoraan potilaan kanssa on tullut uutena toimintona käyttöön, ja se on yleistynyt jonkin verran perusterveydenhuollossa. Vuoden 2011 tutkimuksessa sitä ei ollut tarjolla yhdessäkään sairaanhoitopiirissä, nyt kolmessa. Niissä kaikissa se oli ollut käytössä viimeisen kolmen kuukauden aika. Televideovastaanotto potilaalle oli käytössä kymmenessä terveyskeskuksessa (N=135), joista yhdeksän oli käyttänyt sitä viimeisen kolmen kuukauden aikana. (Reponen, Kangas, Hämäläinen & Keränen 2015, 91).

Teknologian kehittyessä ja etäterveydenhuollon kysynnän kasvaessa on etäterveydenhuollossa tapahtunut merkittävää kasvua viimeisten 20 vuoden aikana (Kahn ym. 2016, 2). Vuonna 2014 koko maailmassa etävastaanottoja toteutui 350 000 kpl, ja ennustetaan, että vuonna 2018 niitä olisi jo 7 000 000 kpl. Merkittävien säästöjen, hoitoon pääsyn helpottumisen ja potilastyytyväisyyden lisäksi tyytyväisiä ovat myös terveydenhuollon tuottajat. (Doyle-Lindrud 2016, 7).

Etäpalvelujen käytön hyötyjä ovat muun muassa asiakkaalle henkilökohtaisen ajan säästö, joustavuus oman ajan käytön suhteen sekä säästö omissa kustannuksissa. Palveluntuottajalle hyötyjä ovat asiantuntijan työnajan säästö, asiantuntia resurssien tehokkaampi käyttö sekä palvelujen parempi saatavuus. Yhteiskunnalle tulevat hyödyt etäpalvelujen käytöstä ovat tasavertaisuuden toteutuminen ja verovarojen tuleminen parempaan käyttöön. (Valtiovarainministeriö 2015, 19).

Koen opinnäytetyön aiheen kiinnostavaksi, koska etälääkäripalvelu antaa monia mahdollisuuksia toteuttaa erilaisia hoitoon liittyviä tapahtumia ilman lääkärin ja asiakkaan fyysistä kohtaamista. Lisäksi uskon, että oikein toteutetun etälääkäripalvelun avulla asiakas on useimmissa tapauksissa tyytyväisempi kuin mallissa, jossa hän joutuu matkustamaan terveyskeskukseen tai lääkäriasemalle. Olen työskennellyt vuosia kotihoidossa, joten oli luontevaa hakea opinnäytetyön aihe tältä sektorilta. Etälääkäripalvelu on Tampereen kotihoidossa vasta kokeiluvaiheessa, mutta uskon sen kattavan tulevaisuudessa paljon nykyistä enemmän erilaisia hoitoja sekä laajenevan tulevaisuudessa muillekin Tampereen kotihoidon alueille. Tarkoituksena on hyödyntää saamiani tuloksia kotihoidon etälääkäripalvelun laadun kehittämisessä.

2 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA ONGELMAT

2.1. Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää millä toimenpiteillä etälääkäripalvelu saadaan toimivaksi niin että etälääkärivastaanotossa itse vastaanotto tapahtuma vastaa mahdollisimman hyvin perinteistä lääkärint vastaanottoa niin lääkärin kuin asiakkaan näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää etälääkäripalvelun paremman järjestämisen ja palvelun laatuun liittyviä tekijöitä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää etälääkäripalvelun järjestämiseen liittyvää teknologista toteutusta ja siihen liittyviä haasteita. Tarkoituksena on myös selvittää, miten asiakkaat ja sairaanhoitajat kokevat etälääkäripalvelun käytön Lielahden kotihoidon palvelualueella.

2.2. Tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset liittyvät sairaanhoitajien ja asiakkaiden kokemuksiin etälääkäripalvelusta. Miten koulutus- ja tiedotus oli järjestetty, kuinka video- ja puheyhteydet toimivat, ja millainen etälääkärivastaanotto oli perinteiseen lääkärivastaanottoon verrattuna. Tutkimuskysymykset, jotka ohjasivat tietojenkeruuta ja tutkimusta, oli neljä.

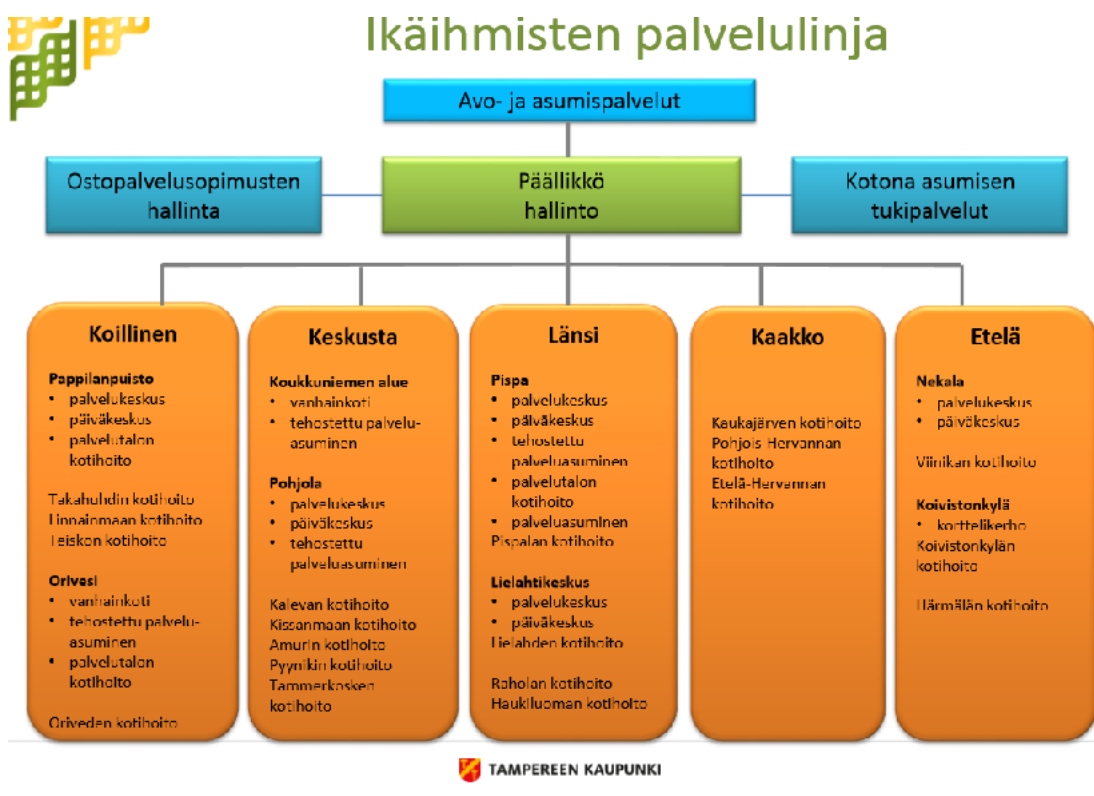
1. Miten asiakkaat ja hoitajat kokevat ennen etälääkäripalvelun käyttöönottoa toteutuneen tiedottamisen ja koulutuksen riittävyyden?
2. Miten hoitajat kokevat etälääkäripalvelun järjestämisen ja sen teknisen toimivuuden?
3. Millaiseksi asiakkaat kokevat videon kautta tapahtuvan lääkäripalvelun?
4. Onko asiakasryhmiä joille etälääkäripalvelu ei sovellu?

3 TUTKIMUKSEN KOHDEORGANISAATIO

Tampereen kotihoito

Tampereen kaupungin kotihoito kuuluu avo- ja asumispalveluihin. Avo- ja asumispalvelut edistävät, tukevat ja hoitavat tamperelaisten terveyttä, psyykkistä hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta sekä valmiuksia sujuvaan arkeen ja kotona asumiseen. Avo- ja asumispalvelut jakautuvat neljään palvelulinjaan. Kotihoito kuuluu organisaatiossa ikäihmistenpalvelulinjaan, kuva 1. Tampereen kaupungin kotihoidon palvelut ovat jaettu alueellisesti viiteen eri lähipalvelualueeseen (etelä, kaakko, keskusta, koillinen, länsi), jonka mukaan pienemmät alueelliset lähipalvelualueet jakautuvat kaupungin osan mukaan. Tampereen kaupungin kotihoito palvelee sekä säännöllistä että tilapäistä kotihoitoa tarvitsevia asiakkaita. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien palvelut perustuvat asiakasohjausyksikössä asiakkaalle tehtyyn palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Lähipalvelualueella hoitajat tekevät tiimityötä ja vastaavat käytännön hoitotyöstä. Kotihoidossa työskentelee sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia ja hyvinvointiavustajia. Palvelualueesta vastaa palvelupäällikkö ja pienemmästä lähipalvelualueen toiminnasta vastaa lähiesimiehenä toimiva palveluesimies tai kotihoidon esimies. Jokaisella lähipalvelualueella on nimetty terveyskeskuslääkäri tai ostopalveluna ostetut lääkäripalvelut, kuten lännen alueella Doctagon Oy. (Tampereen kaupunki 2017).

Tampereen kaupungin kotihoidon palvelut ovat saatavilla täysi-ikäisille kuntalaisille jotka sairauden tai alentuneen toimintakyvyn seurauksena tarvitsevat apua selviytyäkseen kotona sekä arjen askareista, että henkilökohtaisista toiminnoista, kuten hygienian ylläpidosta (Kotihoito 2013). Tampereen kaupungin kotihoidon piirissä vuonna 30.11.2016 oli yhteensä 2732 asiakasta. Säännöllisen kotihoidon piirissä heistä oli 75 vuotta täyttäneitä 2132 asiakasta. (Kotihoidon laskenta 2016). Tampereen kaupungin strategiassa 2025 on tavoitteena, että vähintään 92% ikäihmisistä asuu kotona. Kotihoidon palvelut ovat maksullisia ja asiakkaan maksu määräytyy palveluiden ja bruttotulojen mukaan. Asiakkaan palvelutarpeen arviointi perustuu asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaiseen arviointiin. Asiakkaan toimintakyvyn lisäksi palvelujen myöntämiseen vaikuttavat sosiaalinen verkosto, omaisten ja läheisten osallistumismahdollisuudet, asunto-olosuhteet sekä mahdolliset omarahoitteiset palvelut.



Kuva 1. Tampereen kaupungin organisaatio: Ikäihmisten palvelulinja

Asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa ja kriteerien täyttymisen arvioinnissa käytetään perustana RAI – järjestelmää, joka on asiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI- järjestelmä perustuu yksilön tarpeiden monipuoliseen systemaattiseen arviointiin ja se soveltuu yksilön palvelu- ja hoitosuunnitelman laadintaan sekä hoidon tulosten seurantaan. RAI- järjestelmä käsittää satoja eri kysymyksiä, joista samalla rakentuu joukko kansainvälisesti testattuja päteviksi ja luotettavaksi todettuja mittareita. (Kotihoidon palvelujen myöntämisen kriteerit ikäihmisten palveluissa 31.8.2016).

Kotihoidon asiakasmäärän lisääntymisen myötä työn organisoinnin tehokkuusvaatimukset ovat kasvaneet. Kotihoidossa on siirrytty digitalisaatioon ja sen myötä on tullut Hilikka toiminnanohjausjärjestelmä. Töiden suunnittelu yksinkertaistuu, työ jakautuu tasaisesti työntekijöille ja asiakkaat saavat mahdollisimman hyvän palvelun käytettävissä olevilla resursseilla. Kirjaaminen tapahtuu mobiilijärjestelmän avulla asiakaskäyntien aikana. Ikääntyneiden terveyden ja toimintakyvyn kohentuminen on johtanut siihen, että säännöllisen kotihoidon piiriin hakeudutaan yhä myöhemmin.

Kotihoito on ollut jo pitkään ikääntyneiden palveluiden ensisijaisena tavoitteena, mutta siitä huolimatta ympärivuorokautisen hoidon kasvun vauhti on ollut kiivaampaa. Kotihoidon palvelut ovat vähentyneet, mutta ikääntyvän väestön lukumäärän kasvu tulee tulevaisuudessa johtamaan palvelutarpeen kasvuun (Jalkanen 2017, 7-8). Kotiin vietävän palveluiden sisältöä tuleekin kehittää ja asukasmäärän kasvaminen tulee edellyttämään uusia tapoja kohdentaa kotihoidon henkilökunnan osaamista (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

Tampereen kaupungin Lielahden palvelualueen kotihoidossa on 155 asiakasta. Asiakkaat on 60–90-vuotiaita. Asiakkaista merkittävä osa on monisairaita. Asiakkailla on fyysisiä sairauksia, psyykkisiä sairauksia ja päihdeongelmia. Henkilökunta koostuu palveluesimiehestä, 2 sairaanhoitajasta, 1 terveydenhoitajasta, 27 lähihoitajasta sekä 1 kodinhoitajasta. Lääkäripalvelut ostetaan ulkopuoliselta palvelun tarjoajalta (Doctagon Oy). Lielahden kotihoidossa alkoi tammikuussa 2016 etälääkäri-pilottiprojekti yhteistyössä Doctagon Oy:n kanssa. Etälääkäripilottiprojektissa käytetään Videovisit Oy:n tuottamaa ohjelmistoa. Videovisit Oy on v. 2010 perustettu suomalainen yritys joka tuottaa videoasointipalveluja mm. sosiaali- ja terveydenhoitoalalle, (Videovisit 2017). Doctagon on suomalainen terveystalvot tuottava ja tarjoava yritys. Lielahden alueen kotihoidossa kotihoidon sairaanhoitaja menee asiakkaan kotiin kannettavan tietokoneen kanssa ja tekee alkuvalmistelut ja ottaa sen jälkeen yhteyden Doctagonin lääkäriin. Asiakkaan ei tarvitse tehdä itse mitään valmisteluja eikä osata käyttää tietokonetta. Etälääkärivastaanottotilanteessa lääkäri keskustelee asiakkaan kanssa. Lääkärillä on käytettävissään tietokoneensa ruudulla asiakkaan potilastiedot. Tarpeen vaatiessa lääkärin ohjeistuksella hoitaja voi mitata asiakkaan verenpaineen, katsoa korvakäytävät otoskoopilla, mitata veren sokeriarvot pikamittarilla sekä palpoida potilasta lääkärin ohjaamana. Tieto hoitajan tekemien mittausten ja tutkimusten tuloksista välittyy lääkärille suullisesti vastaanottotilanteen aikana. Vastaanottotilanteen lopuksi lääkäri antaa hoito-ohjeet, ilmoittaa mahdollisista jatkotutkimuksista sekä päivittää potilastiedot. Jokaisen etälääkärivastaanoton jälkeen hoitaja ja lääkäri käyvät läpi vielä puhelimitse asiakkaan tilanteen. Mahdolliset reseptit ja lähetteet lääkäri laatii vastaanottotilanteen jälkeen. Omaiset voivat halutessaan osallistua asiakkaan etävastaanottotapahtumaan asiaan suostumuksella.

4 ESIMERKKEJÄ ETÄLÄÄKÄRIPALVELUN TOTEUTTAMISESTA

4.1. Taustaa

Osana opinnäytetyötä haastattelin Helsingin kaupungin kotihoidon palvelualueen sekä Vaasan sairaanhoitopalvelun vastuuhenkilöitä. Helsingin kaupungin yhdessä arviointi- ja kuntoutusyksikössä ja kotihoidossa toteutettiin etälääkäripalvelun pilotti toukokuun 2016 ja helmikuun 2017 välisenä aikana. Etälääkäripalvelun pilottihanke toteutettiin kaupungin omilla lääkäri- ja hoitajaresursseilla. Pilotti koostui kahdesta osasta: käytössä oli kiinteä tutkimuspiste, johon asiakkaat tulivat etälääkärivastaanotolle ja johon lääkäri oli kuva- ja puheyhteydessä. Käytössä oli ETTO- etälääkäripalvelusovellus. Kiinteän tutkimuspisteen laitteisto koostui stetoskoopista, tutkimuskamerasta, otoskoopista ja EKG-laitteesta. Toisena osana pilottiprojektia käytettiin siirrettävää tutkimuspistettä kotikäynteihin, muun muassa kuolleitten toteamiseen. Liikkuva tutkimuspiste koostui kannettavasta tietokoneesta, stetoskoopista, EKG-laitteesta, otoskoopista sekä liikuteltavasta kamerasta. Pilottiprojektiin osallistui 23 elossa olevaa potilasta, joista kotihoidon asiakkaita oli viisi, laitosasukkaita kolme ja arviointi- ja kuntoutusoston asiakkaita 15. Vainajan tunnistamista testattiin viidellä kuolleella asiakkaalla. Näissäkin tapauksissa lääkäri tuli kuitenkin aina paikan päälle toteamaan kuoleman.

Vaasan kaupungin kotihoidossa etälääkäripalvelu oli toteutettu puhelinkonsultaationa. Lääkäripalvelut toimittavat yksityinen palveluntuottaja Doctagon. Etälääkäripalvelun piirissä on seitsemän lääkäriä ja asiakkaita on noin 1050. Kotihoidon tiimejä on 22 ja palvelualueita on seitsemän. Sekä etäpalvelun lääkärit, että kaupungin kotihoidon henkilökunta on jaettu väestövastuualueittain. Yhteisesti eri väestövastuualueilla työskentelee kotihoidon neljä fysioterapeuttia ja kolme toimintaterapeuttia. Etälääkäripalvelun ydin on viikoittainen puhelinkonsultaatio kunkin tiimin sairaanhoitajan ja vastuualueen lääkärin välillä. Lisäksi tärkeän osan muodostaa ympärivuorokautinen lääkäripäivystys, jossa ilta tai yövuorossa kenttätöitä tekevä hoitaja voi olla tarpeen mukaan puhelimitse päivystävään lääkäriin. Viikoittaisessa puhelinkonsultaatiossa tiimin sairaanhoitaja käy ennalta sovittuna aikana lääkärin kanssa puhelimitse läpi lääkäripalvelua tarvitsevien asiakkaiden tilanteen. Sairaanhoitaja päivittää oman tiiminsä työsuunnitelman lääkärin antamat ohjeet huomioiden.

4.2. Haastatteluista kerätyn aineiston analysointi

Koulutus ja tiedottaminen

Helsingissä pilotin toteutuspaikka oli arviointi- ja kuntoutusyksikkö ja kotihoito, jossa henkilö on tottunut työskentelemään erilaissa kehitys- ja pilottihankkeissa. Henkilöstön koulutus ja perehdytys kuten myös projektin suunnittelu oli toteutettu hyvin. Henkilöstö oli motivoitunutta ja koki ammattitaitonsa paranevan pilottiprojektiin osallistumisen myötä. Vaasassa koettiin, että etälääkäripalvelun käyttöönotossa olisi tarvittu tarkempi aloitussuunnitelma, parempi henkilökunnan perehdytys sekä tiedottaminen.

Teknologia ja siihen liittyvät haasteet

Helsingissä etälääkäripalvelu toteutettiin video- ja kuvayhteydellä. Kotikäynneillä yhteydenoton lääkäriin sekä laitteiston virittämiseen koettiin kuluva liikaa aikaa varsinkin pilotin alkuvaiheessa. Toteutettu etälääkäripalvelu ei sovellu huonokuuloisille potilaille, palpatioon, suun tutkimiseen eikä käytössä olevilla laiteilla erottamaan GR1 sivuääniä. Lisäksi muun muassa kuuluvuuden säätäminen ja valaistusolosuhteet tuottivat ongelmia. Vaasassa etälääkäripalvelun pääasiallinen osa muodostui tiimin sairaanhoitajan ja vastuun alueen lääkärin puhelinkonsultaatiosta. Teknisenä ongelmana koettiin eri järjestelmien yhteensopimattomuus. Ohjelmistojen yhteensopimattomuuden takia tiedot pitää siirtää eri järjestelmien välillä manuaalisesti.

Palvelun saatavuus

Arviointi- ja kuntoutusyksikössä koettiin lääkäripalvelun saatavuuden ja tuottavuuden parantuneen erityisesti kuolleitten toteamisen yhteydessä: lääkärin ei tarvitse ajaa toteamaan kuollutta useita kertoja päivässä eikä kuollutta tarvitse siirtää erilliseen tutkimuskohteeseen. Vaasassa lääkäripalvelun saatavuudessa koettiin merkittävä parantuminen. Aiemmin lääkärille pääsy oli vaikeaa. Uuden mallin myötä lääkäri on tavoitettavissa ympärivuorokauden jokaisena viikonpäivänä. Hoitajalla on mahdollisuus ottaa puhelimitse yhteys päivystävään lääkäriin myös ilta- ja yövuoroissa. Aiemmin asiakkaat hoidettiin osastoilla. Nyt hoito ja myös kuntoutus tapahtuu asiakkaan kotona.

Vastuunjako hoitajan ja lääkärin välillä

Helsingin arviointi- ja kuntoutusyksikössä ja kotihoidossa lääkäri oli hoitajan avustuksella ääni- ja kuvayhteydessä suoraan potilaaseen. Hoitohenkilökunta ei kokenut erityisen suurta ongelmaa hoitajien ja lääkärin välisessä vastuunjaossa. Vaasassa etälääkäripalvelu oli toteutettu puhelinkonsultaationa. Hoitajat toimivat tavallaan ”lääkärin silmänä” he kokivat vastuunsa korostuneen tehdessään havaintoja aiempaa laajemmin.

Yhteenveto

Helsingin arviointi- ja kuntoutusyksikössä ja kotihoidon sekä Vaasan esimerkkien perusteella voidaan todeta, että etälääkäripalvelu voidaan toteuttaa hyvin erilaisia tekniikoita ja käytäntöjä soveltaen. Vaasassa pelkällä puhelinyhteydellä toteutettu sairaanhoitajan ja lääkärin välinen viikoittainen puhelinkonsultaatio yhdistettynä puhelinyhteyden päässä olevaan päivystävään lääkäriin on lisännyt ja helpottanut merkittävästi lääkäripalvelun saatavuutta. Asiakkaiden kuntoutus tapahtuu heidän kotonaan. Tämä yhdistettynä etälääkäripalveluun on lisännyt toiminnan tehokkuutta ja johtanut sairaalaosastojen sulkemiseen. Hoito- ja kuntoutustyö on siirtynyt sairaalan osastoilta asiakkaiden kotiin. Helsingin arviointi- ja kuntoutusyksikössä sekä kotihoidossa etälääkäripalvelun pilottiprojekti toteutettiin puhe- ja videoyhteyttä hyödyntäen. Lääkäri oli suoraan yhteydessä potilaaseen hoitajan avustaessa potilasta joko kiinteässä tutkimuspisteessä tai asiakkaan kotona. Merkittävää hyötyä palvelun saatavuuden ja tehokkuuden näkökulmasta saavutettiin kuolleeksi toteamisessa. Henkilökunta koki projektin ammattitaitoa parantavana ja työyhteisön vetovoiman kasvuna.

5 OPINNÄYTETYÖN KÄSITTEELLINEN VIIITEKEHYS

5.1. Kotihoito

Tämä luku esittelee tämän tutkimuksen tärkeitä käsitteitä. Monilla niistä on teoriassa useita määritelmiä, mutta tässä luvussa esitellään vain tässä tutkimuksessa käytettäviä määritelmiä. Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) 9 §:ssä tarkoitettuja kotipalveluja ja terveydenhuoltolain (1326/2010) 25 §:n 1 momentin perusteella järjestettyä kotisairaanhoitoa (Kotihoidon laskenta 2012, 5). Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kotihoidon ja -palvelujen lainsäädännön valmistelusta, yleisestä suunnittelusta ja ohjauksesta. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluilla tuetaan kotona selviytymistä. Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Asiakkailla on mahdollista saada kunnalta myös palvelusetelitä, joilla he voivat ostaa haluamaansa palvelua yksityisiltä palveluntuottajilta. Palvelusetelillä hankittava palvelu on vaihtoehto kunnan tai kuntayhtymän tuottamalle palvelulle. Palveluseteli ei kuitenkaan sovellu käytettäväksi kiireellisessä hoidossa ja tahdosta riippumattomassa hoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014).

Kotihoito palvelee kaikkia ikäryhmiä, mutta suurin osa asiakkaista on huonokuntoisia 75 vuotta täyttäneitä ihmisiä. Kotihoidon asiakkailla on usein omat erityispiirteensä ja tarpeensa. Työssä kohdataan vanhusasiakkaiden lisäksi psykiatrisia asiakkaita, päihdeongelmaisia ja monella tapaa vammautuneita ihmisiä. Kaikki kotihoidon asiakkaan kanssa tehtävä työ dokumentoidaan asiakkaan etuja ja oikeuksia ajatellen. Asiakkuus syntyy, asiakkuus aloitetaan, keskeytetään ja lopetetaan virallisesti. (Ikonen & Julkunen 2007, 130). Keskimäärin puolet kotihoidon työstä toteutuu kotikäyntityönä, jota tehdään kunkin asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman perusteella. Asiakkaan koti on silloin paitsi asiakkaan yksityinen koti myös hoitoympäristö ja työntekijän työympäristö. Tämä yhdistelmä tuo kotihoidon työhön omaleimaisia piirteitä. Asiakkaiden avaimet säilytetään kotihoidon toimistolla kuittausta vastaan, jos asiakas ei itse pysty avaamaan ovea. Toinen omaleimainen asia on asiakkaan itsemääräämisoikeus. Joskus samassa taloudessa asuva omainen voi määrätä, mitä kotona saa ja mitä pitää tehdä. (Larmi, Tokola, Vélkkiö 2005, 13-15).

Kotihoidon käytännön työtä tekevä perusyksikkö on työryhmä eli työtiimi, jonka koko vaihtelee kunnittain (Larmi, Tokola, Välkkiö 2005, 12). Kotipalvelutyöntekijät ovat koulutukseltaan lähihoitajia, kodinhoitajia tai kotiavustajia. Tukipalvelut käsittävät ateria-, siivous-, turva-, kylvetys- ja kuljetuspalveluita, jotka täydentävät tarpeenmukaisesti kotipalveluita. Kotisairaanhoidon perustuu lääkärin määräämiin sairaanhoidotoimiin, kuten lääkityksen kontrollointiin, näytteiden ottamiseen tai voimien seurantaan. (Kotihoito tukee kotona, 2013; Ikääntyneiden palvelut, kotihoito, 2013; Kotiin annettavat palvelut, 2014).

Kotikäyntityötä tekevät kotihoidon perustiimin työntekijöiden lisäksi tarvittaessa fysioterapeutti, jalkojenhoitaja, lääkäri, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti, kunkin asiantuntija oman asiantuntemuksensa mukaan. (Larmi, Tokola, Välkkiö 2003, 20). Viime vuosina on useissa kunnissa perustettu kotikuntoutuksen tai arkikuntoutuksen tiimejä, jotka työskentelevät kotihoidon tukena tarjoten kuntoutusta asiakkaan kotiympäristössä (Kullas 2016, 2). Vanhusbarometrin mukaan kotihoidossa tehtävästä työstä noin 75 - 80 prosenttia on kotipalvelutyötä eli asiakkaan perushoitoa, kodinhoitoa, asiointia sekä asiakkaan ohjaamista ja tukemista. Sairaanhoidolliset tehtävät vievät vain 20 prosenttia työajasta. Tutkimusten mukaan kotisairaanhoidon välitön asiakastyöaika on noin 20-40 prosenttia kokonaistyöajasta, lähihoitajilla välittömän työajan osuus on noin 40-70 prosenttia. (Larmi, Tokola, Välkkiö 2005, 19-23).

Nyky aikaisten seuranta- ja toiminnanohjausjärjestelmien myötä moni kunta on asettanut suunnitteluohjeeksi, että välittömän asiakastyön osuuden tulisi olla 60 - 70 prosenttia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 44). Kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnittelussa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980 5§).

Kotihoidon avulla pyritään mahdollistamaan iäkkään kotona asumista mahdollisimman pitkään (Kotona annettavat palvelut 2014). Tavoitteena on lisätä iäkkään väestön kotona asumisen mahdollisuuksia. Jotta ikääntynyt väestö voi asua nykyistä pidempään kotona,

on investoitava terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen edistämiseen sekä kuntoutuksen lisäämiseen ja monimuotoistumiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017).

Johtaminen on tavoitteellista, vuorovaikutteista ja sosiaalista toimintaa kotihoidossa. Johtaminen on toimintaa, jolla ohjataan kotihoitoyksikön hoiva- ja hoitopalvelujen (perustehtävän) suorittamista, jotta toiminnalliset tavoitteet saavutetaan. Johtaminen perustuu niihin arvoihin ja ihmiskäsityksiin, jotka kunnassa yhteisesti on kotihoidolle valittu. Johtamisen tavoitteena on tuottaa asiakkaalle palvelut tarkoituksenmukaisesti, tehokkaasti ja taloudellisesti, auttaa ja palvella työntekijöiden tietojen ja taitojen hyödyntämisessä sekä huolehtia työntekijöistä. Johtaminen voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: itsensä johtamiseen, toiminnan johtamiseen ja ihmisten johtamiseen. Onnistunut johtaminen edellyttää jokaisen kolmen osa-alueen tasapainoista toteuttamista. (Larmi, Tokola, Välkkiä 2003, 134).

5.2. Kotihoidon laatu

Palveluiden laatu ja laadun kehittäminen ovat olleet keskeisiä kehittämiskohteita viime vuosina niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla. Käsitteenä laadulla on monta erilaista tulkintaa ja määritelmää tarkastelunäkökulmasta riippuen, mutta yleisesti laadulla ymmärretään asiakkaan vaatimusten, odotusten, tottumusten ja tarpeiden täyttämistä organisaation kannalta mahdollisimman tehokkaalla ja kannattavalla tavalla. (Koivisto 2015)

Tärkein syy laadun kehittämistyölle kuitenkin on yleensä asiakastyytyväisyyden saavuttaminen. Toinen tärkeä syy on toiminnan selkiyttäminen ja kolmas syy on oman henkilöstön tyytyväisyyden lisääminen. (Pesonen 2007, 15–16.) Paineita toiminnan kehittämiseen voi syntyä myös toimintaympäristön muutoksista ja teknologian kehityksestä (Holma ym. 2001, 41).

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa kuntia laatimaan ikääntymispoliittisen laatustrategian, jossa määritellään visio ja linjaukset ikäihmisten palveluiden turvaamiseksi. Strategian toteutumista tulee seurata ja arvioida säännöllisesti, laadun kehittämiseen tulee ottaa kuntalaiset aktiivisesti mukaan. Strategian onnistunut laatiminen ja toteutus edellyttävät henkilöstön aktiivista osallistumista kaikissa vaiheissa. Strategia avataan

toimialan, toimintayksikön, tiimin ja yksittäisen työntekijän tavoitteiksi ja toiminnaksi. Kehityskeskustelu työntekijöiden ja esimiesten välillä ovat tärkeä linkki. Arjen sujumisen kannalta lähipalvelut ovat keskiössä ketjussa, joka johtaa strategisista tavoitteista päivittäiseen työhön. Ikääntymispoliittinen strategia ohjaa myös kehittämishankkeiden valintaa. Kehittämishankkeet ovat yksi muutosjohtamisen väline, ja niiden on liityttävä kiinteästi strategian tavoitteiden toteuttamiseen. Riittävä viestintä on tärkeää niin henkilöstölle kuin kuntalaisillekin. Viestintä on toteutettava järjestelmällisesti esimerkiksi määrittämällä vuosittain tiedottamisen painopisteet, keskeiset tapahtumat ja vastuuhenkilöt. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2014, 16–17).

Ministeriön mukaan palveluiden laadun takaaminen edellyttää toimivia palveluketjuja. Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä muiden palveluiden on toimittava täydellisesti yhteen laadukkaan hoidon takaamiseksi. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2014, 29–30).

Kotihoidon laatua linjataan lakien, asetusten, valtakunnallisten tavoite ja toimintaohjelmien, suositusten ja muiden vastaavien sosiaali- ja terveystieteellisten asiakirjojen avulla. Terveystieteellisen huoltolain (1326/2010) mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2012,14). Kotihoidon laatua voidaan mitata asiakasnäkökulmasta seuraavien ulottuvuuksien avulla: palvelun riittävyys, kotihoidon jatkuvuus, työntekijöiden ammattitaito ja vuorovaikuttaminen, asiakas-työntekijä-suhde, asiakkaan itsemäärääminen, kotona asumisen turvallisuus, palvelun sosiaaliset tulokset sekä palvelutyytyväisyys kokonaisuutena. Laatujohtamisesta voidaan luoda kokonaisvaltainen malli, jonka osat ovat asiakaslähtöisyys, johdon sitoutuminen, koko organisaation osallistuminen laadun kehittämiseen, hyvälaatuisen palvelun tuottaminen ja prosessien jatkuva parantaminen. (Vaarama ym. 2006, 15–16).

Tarveperusteisessa laadun arvioinnissa todetaan, onko kotihoito asiakkaan tarpeiden mukaista nimenomaan hänen näkökulmastaan tarkasteltuna. Tämä on samalla asiakaslähtöistä kotihoidon tarpeen arviointia. Arvioitaessa kotihoidon laatua asiakkaan näkökulmasta kriteereinä käytetään asiakkaan kokemia tarpeita, odotuksia, toiveita tai vaatimuksia erotuksena ammatillisen hoidon laadun arvioinnista, jossa ammatillaiset

määrittelevät laadun omista lähtökohdistaan kehittämillään kriteereillä. Kotihoidon laadusta ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä tai käyttöön vakiintunutta määritelmää, (Tepponen 2009, 32).

Laadukkaan kotihoidon edellytyksenä on, että kotihoitotoiminnalle on asetettu määrällisten tavoitteiden lisäksi myös laadulliset tavoitteet, sillä laadulliset tavoitteet suuntaavat kotihoidon palvelujen tarjontaa. Kotona asuvan asiakkaan näkökulmasta katsottuna on merkityksellistä, onko kotihoidon laadullisena tavoitteena asiakkaiden kokonaisvaltaisen toimintakyvyn, voimavarojen ja elämänlaadun tukeminen vai ainoastaan fyysisiin tarpeisiin vastaaminen. (Heinola & Luoma 2007, 36).

Ruotsissa kotihoidon asiakkaiden piirissä tehdyssä kyselytutkimuksessa tärkeimmäksi laatutekijäksi muodostui kotihoidon henkilöstön jatkuvuus. Jatkuvuus tarkoittaa, että hoitotyötä tekevät samat henkilöt sen sijaan, että hoitajat toistuvasti vaihtuisivat. Jatkuvuus luo rauhallisen, luotettavan ja turvallisen kotimiljöön. Lisääntynyt henkilöstön jatkuvuus lisää luottamusta kotihoidon henkilöstöön, koska tällä tavoin on mahdollista oppia yksittäisen asiakkaan erityistoiveet ja apu voidaan toteuttaa enemmän rutiininomaisella ja varmalla otteella. Hoitajan toiminta asiakkaan luona ja kommunikointi ovat kaksi muuta tärkeää laatunäkökohtaa. Tutkimuksessa tuli esiin, että kaikki kolme laatunäkökohtaa koetaan liittyvän toisiinsa. Toisin sanoen henkilöstön jatkuvuudella luodaan rutiini asiakkaan luona toimimiseen ja asiakas ja hoitaja oppivat ymmärtämään toisiaan sanallisen ja sanattoman viestinnän kautta (Jonsson 2014, 15).

Koska palvelut ovat prosesseja ja luonnostaan suhdekeskeisiä, on luonnollista, että asiakkaiden laatukokemukset muuttuvat ajan mittaan asiakassuhteen jatkuessa. Asiakassuhteen laatu vastaa asiakkaan näkökulmasta hänen jatkuvasti kehittyvää laatukokemustaan. Vuorovaikutus on laadun ja arvon perusilmiöitä (Grönroos 2009, 142). Laadun kehittämistä ei tule pitää vain ohjelmana tai kampanjana, vaan sen on oltava jatkuva prosessi. Jokaiselta organisaation jäseneltä vaaditaan jatkuvaa laadun merkityksen arvostusta ja laadun parannuskeinojen ymmärtämistä. Johdon tulee pitää sitä kaiken aikaa yllä (Grönroos 2009, 141).

5.3. Sairaanhoidajan työnkuva kotihoidossa

Sairaanhoidajan katsotaan olevan yhteiskunnallisessa tehtävässä hyvinvoinnin ylläpitäjänä ja luojana. Sairaanhoidajan työtä määrittävät lait, asetukset ja eettiset ohjeet. Sairaanhoidajalta odotetaan verkostoitumista ja sairaanhoidajan on oltava tietoinen työstään ja hänen on hallittava työnsä kokonaisuus. (Joutsenkoski 2013, 29). Etälääkäritoiminnassa sairaanhoidajan tulee myös kehittää osaamistaan ja hallita siinä käytettävä teknologia, sovellukset ja tietojärjestelmät. (Nironen 2017, 13).

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee kotisairaanhoidajan työtehtäviksi asiakkaan kotona tehtävät lääkärin määräämät sairaan hoidolliset toimet, näytteenoton, lääkityksen valvomisen ja asiakkaan voimien seuraamisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen monessa eri muodossa on kuitenkin yksi tärkeä tehtävä kotihoidossa työskentelevän sairaanhoidajan työssä (Pietikäinen 2004, 53–55). Vaativa sairaanhoito, esimerkiksi saattohoito, ja omaisten tukeminen ovat osa myös kotisairaanhoidon työtä. Työhön liittyy sairaanhoidollisten töiden lisäksi myös vuorovaikutusta, viestimistä ja ohjaamista. Suurelta osin kotisairaanhoidajan työ on asiakkaan kokonaishoidon järjestelyä. Sairaanhoidaja sopii tarvittavista hoidoista ja palveluista omaisten ja muiden palvelu- tai hoitotahojen kanssa. Juuri tämä hoidon ja avuntarpeen koordinointi vie yleensä suurimman osan kotisairaanhoidajan työajasta. (Friis 2004, 12–13).

Kotisairaanhoidon perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja edistää asiakkaan kuntoutumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Kotihoidon sairaanhoidajien työn määrä ja kiire ovat kasvaneet. Valtaosatyöstä tapahtuu asiakkaan kotona ja asiakkaat ovat aina huonokuntoisempia ja paljon fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista apua tarvitsevia.

5.4. Lääkärin työnkuva kotihoidossa

Lääkäri on yliopistokoulutuksen suorittanut lääketieteen ammattilainen. Lääketieteen perustutkinnon, eli lisensiaatin tutkinnon jälkeen sosiaali ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira laillistaa lääkärin oikeudet. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2014). Lääketieteen lisensiaatin jälkeen voi käydä yleislääketieteen jatkokoulutuksen, joka kestää kahdesta kolmeen vuotta tai erikoistumisopintoja, jotka kestävät viidestä kuuteen

vuotta. Esimerkiksi vanhuusiän lääketieteen erikoislääkäriksi, geriatriksi, opiskeleminen kestää viisi vuotta. Lääkärin opintojen jälkeen lääkäriin tulee pitää ammattitaitoaan jatkuvasti yllä ja olla tietoinen uusimmista tutkimustuloksista ja hoitosuosituksista. Lääkärinoikeudet ovat olleet elinikäiset, mutta Valvira on voinut rajoittaa niitä tai poistaa ne painavasta syystä. Suomessa on sovellettu lainsäädännöllistä jälkivalvontaa. (Turunen ym. 2014).

Lääkärin työtä määrittelevät lait, asetukset ja eettiset ohjeet. Lääkärin tehtävänä on auttaa potilaitaan näiden sairauksien tunnistamisessa ja hoidossa. Keskeistä on sairauden tai vamman oikea diagnoosi, jonka perusteella lääkäri päättää annettavasta hoidosta. Lääkärin työhön kuuluu olennaisesti myös sairauksien ennaltaehkäisy ja terveiden elintapojen edistäminen. Potilastyössä ollaan jatkuvasti tekemisissä vaihtuvien asiakkaiden kanssa. Lääkärin ammatissa tehdään yhteistyötä muiden lääkäreiden ja terveydenhuoltoalan muun henkilöstön sekä myös sosiaalialan ammattilaisten kanssa (Työ- ja elinkeinoministeriö 2017).

Kotihoidon lääkäreiden toimenkuva muodostuu ennalta suunnitelluista ja äkillisistä kotikäynneistä ja pitkäaikaissairauksien hoidosta sekä kotihoidon ja muiden yhteistyötahojen konsultaatioista. Tarvittaessa pienet toimenpiteet tehdään geriatrian poliklinikalla. Kotihoidon lääkäripalvelut ovat asiakkaalle maksuttomia mukaan lukien vastaanottokäynnit geriatrian poliklinikalla. Ajanvaraus kotikäynneille ja vastaanotolle tapahtuu kotihoidon sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan kautta. Kotihoidon lääkärit ja sairaanhoitajat toimivat työparina. (Tampereen kaupunki 2017). Avainasemassa on luottamuksellinen ja tasavertaisuuteen perustuva hoitosuhde potilaaseen, joka parhaiten takaa hoidon hyvän lopputuloksen (Työ- ja elinkeinoministeriö 2017).

5.5. Etävastaanotto

Etävastaanotto on reaaliaikainen, audiovisuaalinen ja vuorovaikutteinen potilasvastaanotto etätyömenetelmiä käyttäen, (Timonen 2004, 11). Etävastaanotto vastaa normaalia vastaanottotilannetta, mutta potilas ja hoitaja ovat fyysisesti eri paikassa kuin vastaanottava lääkäri (Hämäläinen ym., 2008; Juhta, 2008). Etäkonsultaatiolla tai telekonsultaatiolla tarkoitetaan kahden ammattilaisen välisen telelääketieteen keinoin toteutettua asiantuntijaneuvottelua joko ilman potilaan läsnäoloa tai hänen läsnä

ollessaan. (Juhta 2012, 3). Sähköisillä terveydenhuoltopalveluilla (eHealth) tarkoitetaan terveydenhuoltoalan välineitä ja palveluja, jotka hyödyntävät tieto- ja viestintätekniikkaa ja joiden pyrkimyksenä on parantaa sairauksien ehkäisyä, diagnosointia, hoitoa, seuranta ja terveydenhuollonhallintoa. Sähköiset terveydenhuoltopalvelut käsittävät paitsi tietojen vaihdon potilaiden sekä terveydenhuoltopalvelujen tarjoajien, sairaaloiden, terveystieteen ammattilaisten ja terveystieteen tietoverkkojen välillä myös monia muita sovelluksia, kuten sähköiset potilastietojärjestelmät, etälääketieteen palvelut, kannettavat potilaiden seurantalaitteet ja ihmisen fysiologian virtuaalimallinnukseen liittyvän uteliaisuustutkimuksen. (Sihvo & Jauhiainen 2014, 12). Euroopan komissio määrittelee taas EHealth käsittää mm. sähköiset potilastietojärjestelmät, telelääketieteen ratkaisut, erilaiset seurantalaitteet, varausjärjestelmät, robottikirurgian ja tiedon siirron terveystieteen tietoverkkojen välillä. EU:n tavoitteena eHealthin saralla on parantaa terveystietojen saatavuutta eri maiden välillä sähköisiä järjestelmiä käyttäen, parantaa laatua ja saatavuutta terveydenhuollon palveluissa ottamalla terveystieteen osaksi sähköiset palvelut ja kehittää sähköisen terveydenhuollon välineitä laajasti hyväksytyiksi, helppokäyttöisiksi ja tehokkaammiksi. (Euroopan komissio 2016).

6 UUDEN TEKNOLOGIAN HYÖDYNTÄMINEN

Sosiaali- ja terveydenhuolto on suuren myllerryksen alla. Uudistukset, säästötoimet, väestön ikääntyminen ja lisääntyvä palveluntarve, mutta myös teknologian kehitys ovat osaltaan vaikuttaneet teknologian entistä vaikuttavampaan rantautumiseen osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Sosiaali- ja terveydenhuollon muutosten tavoitteena on tuottaa palvelut entistä tehokkaammalla palvelumallilla ja rajoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon kuluja. (Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena Sote-tieto hyötykäyttöön strategia 2020, 2014, 7).

Yhteensopivien tietojärjestelmien kehittäminen on keskeisessä asemassa myös teknologian hyödyntämisessä. Teknologian käyttöönotossa on varmistettava riittävä tuki, ohjaus ja neuvonta sekä iäkkäille ihmisille, omaisille että henkilöstölle. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2017).

Ruotsissa hallitus, kunnat ja läänit ovat yhdessä asettaneet vision, jonka mukaan Ruotsi on vuonna 2025 maailman paras maa digitalisaation ja etäterveydenhuollon hyödyntämisessä. Vision mukaan uuden teknologian hyödyntämisen tavoitteena on antaa ihmisille mahdollisuus hyvään yhtäläiseen terveyteen ja hyvinvointiin sekä kehittää ja vahvistaa omia resursseja lisäämään riippumattomuutta ja osallistumista yhteiskuntaelämään (Vision eHälsä 2025, 2016, 9). Digitaalitekniikalla, joka jo nyt on käytettävissä, on potentiaalia muuttaa Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmää perusteellisesti. Digitaalisilla ratkaisulla ja uusilla työtavoilla on mahdollista antaa potilaille enemmän vaikutusmahdollisuuksia omaan terveyteensä ja hoitoon. Samanaikaisesti terveydenhoitopalvelujen saatavuus paranee ja lääketieteellinen laatu nousee. Tärkeä seuraus edellä esitetystä on, että viime vuosikymmenten kehitys, jossa terveyden- ja sairaanhoitokulut kasvavat nopeammin kuin bruttokansantuote, voi pysähtyä. (McKinsey 2016, 3).

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön strategia Sotetieto-hyötykäyttöön strategia 2020 kuvaa vahvasti digitalisuuden kehittymistä terveydenhuollossa sekä siitä muodostuvan tiedon hyödyntämistä oman terveyden seurantaan ja hoitoon liittyvissä prosesseissa. Suomessa on toteutettu ja käynnistetty useita pilotteja käsittäen mm. etälääkäripalveluita. (Korhonen 2016, 6.) ODA-hankkeessa uudistetaan Suomen sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen

toimintamalleja. Rakenteilla on sähköinen palvelukokonaisuus, joka hyödyntää sekä ammattilaisten järjestelmissä olevaa tietoa, että asiakkaiden itsensä tallentamaa hyvinvointitietoa. ODA:n myötä uudistuvat niin asiointi, tiedonsaanti kuin sote-ammattilaisten työpäiväkin. ODA-palvelujen antamat suositukset ovat aina henkilökohtaisia ja ne perustuvat tieteelliseen näyttöön. ODA-Pilotit alkavat v. 2017 ja päättyvät v. 2018 (Kuntaliitto 2017). Palvelut asiakaslähtöisiksi -hankkeessa kokeillaan erilaisia tapoja toteuttaa sote-palvelut, niin että jokainen voi saada tarvitsemansa palvelut ajasta ja paikasta riippumatta. Asukkaiden kokemukset ja osallistuminen ovat lähtökohtia sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen kehittämisessä. Asiakas saa paremmin tukea toimintakyvyn ylläpitämiseen ja omahoitoon ja löytää sote-palvelut helpommin. Hankkeen toteuttamiseen on käytettävissä yhteensä n. 37 miljoonaa euroa vuosille 2016–2018 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017).

Asiakastietojen tallentamiseen tai välitykseen käytettävien tietojärjestelmien tulee täyttää tietosuoja-, salassapito- sekä tietoturvasäännöksiä koskevat vaatimukset etälääkäripalvelussa. Tietojärjestelmällä tarkoitetaan myös Kansaneläkelaitoksen kantapalvelujen välityspalvelua. Etäpalvelussa käytettävien yhteyksien sekä siinä muodostuvien henkilötietojen käsittelyn osalta vastuu tietosuojasta ja tietoturvallisuudesta on palvelujen antajalla. (Valvira 2015).

Etälääkäri palvelun tulee olla lääketieteellisesti asianmukaista ja palvelussa tulee aina huomioida potilasturvallisuus. Asiakkaalta täytyy olla suostumus etälääkäripalveluun ja terveydenhuollon ammattihenkilön tule arvioida asiakaskohtaisesti soveltuuko asiakkaalle etävastaanotto. Etävastaanotosta on laadittava aina potilasasiakirjamerkinnot ja potilasrekisteristä tulee huolehtia säännösten mukaisesti. (Valvira 2015).

Teknologian käytöllä terveydenhuollossa on nähty olevan lukuisia erilaisia hyötyjä. Päällimmäisenä oletuksena teknologian käytölle voidaan kuitenkin pitää sitä, että teknologianvälityksellä tuotettu palvelu on verrattavissa tai jopa parempi kuin perinteisillä menetelmiä tuotettu palvelu. Vuononvirta ja muut (2009, 281) toteavat, että teknologian tukemana suoritettavan etäterveydenhuollon avulla pystytään parantamaan hoidon laatua ja työntekijöiden osaamista, tehostamaan hoitoprosessin sujuvuutta ja palveluiden saavutettavuutta sekä vähentämään matkustamiseen liittyviä kustannuksia. Teknologian käyttö saattaa jopa vähentää terveydenhuollonpalveluiden kysyntää vähentyneiden kotikäyntien myötä, jolloin terveydenhuollon palveluiden tarjoajille jää

resursseja käytettäväksi muualla (Speedie, Ferguson, Sanders, & Doarn, 2008, 964-967). Omaisia voidaan käyttää teknisenä tukena etävastaanoton aikana, mutta tietoturvakysymykset saattavat sen estää, mikäli potilas ei halua omaisia tilanteeseen mukaan (Moksén 2016, 5).

Etävastaanoton koetut haitat liittyvät lähinnä tekniikkaan ja inhimillisen kohtaamisen puutteeseen. Myös huoli tietoturva-asioista saattaa nousta potilaalla esiin. Etävastaanottoon liittyvät hyödyt koskivat paitsi mukavuustekijöitä myös hoidon laadun, tavoitettavuuden ja tehokkuuden osa-alueita. (Moksén 2017, 24-25).

Ruotsissa hallituksen laajakaistastrategian asettama tavoite on, että vuoteen 2020 mennessä 90 % kansalaisista on tiedonsiirtoverkon 100 MB/s ja vuoteen 2025 mennessä 98 % laajakaistaverkon 1 GB/s tiedonsiirtonopeuden saavutettavissa, (Regeringskansliet 2016, 6). Laajakaistaverkon kehitys mahdollistaa siirtymisen digitaalisiin palveluihin, joiden avulla voidaan muuttaa ja kehittää kotiin tuotavaa hoitoa ja huolenpitoa (Forzati ja Matsson 2014, 5).

6.1. Teknologiaan liittyvät vaatimukset

Muun muassa brittein saarilla ja Pohjoismaissa, paitsi Suomessa, ohjelmistoratkaisuja etäterveydenhuollon toteutukseen tarjoava Sekoia asettaa minimivaatimukset verkolle ja päätelaitteille. Etävastaanottosovelluksen toimivuus edellyttää vähintään 512 kb/s tiedonsiirtonopeutta, 4 GB keskusmuistia sekä vähintään 100 GB:n tallennustilaa asiakkaan päätelaitteiden kovalevyllä. Ohjelmistot on suunniteltu käytettäviksi kosketusnäytöllisillä päätelaitteilla ja näytön kooksi suositellaan vähintään 17 tuumaa, (<http://www.sekoia.se/vad-aer-sekoia/teknik/>). Suomalainen Videovisit Oy on kotimainen terveysteknologiaan ja sähköiseen asiointiin keskittynyt yritys. Videovisitin tuotteita ovat mm. ohjelmistoratkaisut etäkuntoutukseen, etävastaanottoon ja etäkonsultaatioon. Videovisitin suositus päätelaitteelle etävastaanoton toteutuksessa on vähintään 2 GB keskusmuistia sekä 32 GB tallennustilaa, (www.videovisit.fi). Teoreettinen 4G verkon maksimitiedonsiirtokapasiteetti on 100 MB/s, (Clarke 2014, 699). Todellisuudessa 4G verkon kapasiteetti on huomattavasti pienempi. Testeissä joissa 4G liittymän maksimi nopeudeksi ilmoitettiin 50 MB/s saatiin mittaustuloksiksi

siirtonopeuksia 1,4 – 37,8 MB/s, (Kopakkala 2012, 20). Valokuituverkoilla on Suomessa vakiintunut siirtonopeudeksi 1 GB/s, (Polvinen 2015, 20).

Markkinoilla on saatavilla eritasoisia nimenomaan etävastaanottoon ja/tai etävalvontaan kehitettyjä laitteistoja. Ruotsissa Västeråsin kaupungissa annettiin halukkaiden kotihoidon asiakkaiden käyttöön etävastaanottoon sekä kommunikointiin soveltuva laitteisto. Saatavilla on TV-pohjainen nopea kuvapuhelin äänen ja kuvan välittämiseen. Lisäksi halukkaiden käytössä on liikkuva kuvapuhelin, kuva 2. Liikkuva kuvapuhelin on kauko-ohjattava niin, ettei asiakkaan tarvitse välttämättä tehdä mitään toimenpiteitä yhteyden avaamiseksi tai laitteen siirtämiseksi tai kääntämiseksi, (Forzati M., Matsson C, Tukholma 2014, 18).



Kuva 2. Mm. Ruotsissa Vesteråsin kunnassa käytössä oleva liikkuva etäohjattava ”Giraff” kuvapuhelin.

Intiassa 76% terveydenhuoltolaitoksista sijaitsee kaupunkialueilla. Lisäksi Intiassa on pulaa terveydenhuoltohenkilökunnasta. Haja-asutusalueiden terveydenhuollossa on käytössä teknologia, jolla haja-asutusalueiden asiakkaiden ulottuville saadaan kaupunkien lääkäreiden palvelut. Laitteisto koostuu moduuleista ja käsittää tiedon analysointiyksikön, USB-liitännällä olevan tutkimuslaitteen jolla mitataan EKG, lämpötila, keuhko- ja sydänäänet, happisaturaatio ja verenpaine, kuva 3. Laitteisto kommunikoi etälääkärin kanssa kapeakaistaisen mobiiliyhteyden kautta välittäen sekä

tietoa että kuvaa ja ääntä. Laitteisto mahdollistaa koko terveydenhuoltoekosysteemin yhdistämisen ja tarkoituksenmukaisen palvelun tarjoamisen. Etälääkäri käyttää laitteistoa etäyhteyden kautta. Asiakkaan päässä on hoitaja joka avustaa mm. mitta-antureiden asettamisessa. (World Health Organization 2013, 1).



Kuva 3. Etälääkäripalvelu. Vasemmalla lääkäri terveyskeskuksessa. Oikealla hoitajan potilaan luona.

7 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

7.1. Aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Tutkijan mielenkiinnon kohteena oli Lielahden kotihoidon etälääkäripilotti. Tutkijalle Lielahden kotihoito oli tuttu, hän toimi alueen palveluesimiehen sijaisena vuosilomien aikana vuosina 2014-2017. Kyselytutkimukseen osallistuneiksi asiakkaiksi (n=5) valittiin ne, joille tehtiin etälääkärikäynti pilotin aikana ja jotka olivat kykeneviä vastaamaan kyselytutkimukseen. Molemmat sairaanhoitajat (n=2) jotka, tekivät etälääkärikäyntejä kotihoidon asiakkaille osallistuivat tutkimukseen. Tiimipalavereissa esimies ja sairaanhoitajat informoivat tiimiä etälääkäripalvelupilotin aloittamisesta. Tieto omaisille kulki suullisesti etälääkäripilotin alkamisesta tiimin hoitajien kotikäyntien kautta. Sairaanhoitaja soitti muutamapäivä ennen etälääkärikäyntiä asiakkaalle ja kysyi suostumuksen etälääkärikäynnille ja kyselytutkimukselle. Kirjallinen lupa tutkimukseen otettiin asiakkaalta etälääkärikäynnillä ja samalla asiakas vastasi kyselytutkimuksen.

Laadullinen tutkimusote soveltuu tähän tutkimusaiheeseen hyvin, koska tarkoituksena oli tuoda esiin asiakkaiden ja sairaanhoitajien omia käsityksiä etälääkäripalvelun hyödyistä ja heikkouksista kotihoidossa. Laadullisessa tutkimuksessa osallistujamäärät ovat yleensä pieniä, mutta analysoitavaa aineistoa kertyy silti paljon. Laadullisessa tutkimuksessa ei myöskään pyritä todentamaan tiedettyjä tai olemassa olevia totuuksia, vaan hakemaan esille tutkimuskohteen käsityksiä aiheesta (Hirsijärvi ym. 1997, 17).

Tutkielman teoreettinen aineisto kerättiin aihealuetta koskevista tieteellisistä julkaisuista. Teoreettisen materiaalin analyysillä pyritään saamaan kokonaisvaltainen käsitys aiheesta ja aiemmasta aihealueen tutkimuksesta. Mittaustapana tässä tutkimuksessa on kyselytutkimus, jonka tarkoitus on selvittää vastaajien suhtautumista etälääkäripalveluun. Kyselytutkimuksessa on etälääkäripalveluun liittyviä väittämiä. Vastaajaa pyydetään ilmaisemaan näkemyksensä annettuihin väittämiin viisiportaista asteikkoa käyttäen. Lisäksi kahdelle sairaanhoitajalle oli kolme avointa kysymystä. Olen osallistunut projektin alkuvaiheessa etälääkäri-pilotityöryhmän palavereihin joista työryhmän

muistiot tuovat lisäarvoa työhöni. Vastausaika molempien kyselyiden osalta alkoi maaliskuussa 2017 ja jatkui vastausten vähäisyyden vuoksi elokuun 2017 loppuun.

7.2. Aineiston analysointi

Tutkimuksen aineisto avointen kysymysten osalta analysoitiin sisällönanalyysin avulla, joka on käytetyimpiä menetelmiä laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysillä analysoidaan kirjoitettua tai sanallista aineistoa ja sen avulla pyritään tarkastelemaan tutkitun aihepiirin tapahtumia ja tekijöitä sekä niiden merkityksiä ja yhteyksiä. (Jalkanen 20017, 22). Sisällönanalyysin avulla aineistosta erotellaan samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia ja pyritään tiivistämään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selvästi esille. (Janhonen ja Nikkonen 2001, 23).

Tutkimusaineisto, kuten esimerkiksi haastattelut, täytyy purkaa käsiteltävämpään muotoon, jotta siitä voidaan tehdä mielekkäitä johtopäätöksiä. Sisällönanalyysillä pyritään tiivistämään ja luomaan selkeä kokonaisuus kerätystä aineistosta. Aineiston käsittely vaatii loogista päättelyä ja luovuutta. Aluksi aineisto puretaan osiin, jonka pohjalta tutkittavalle ilmiölle luodaan omat käsitteensä aineiston ominaispiirteiden mukaan. Lopuksi aineisto kootaan uudeksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Sisällönanalyysin tulosten luotettavuuden kannalta on tärkeä se, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tutkimusaineiston ja tulosten välillä. (Janhonen ja Nikkonen 2001, 36).

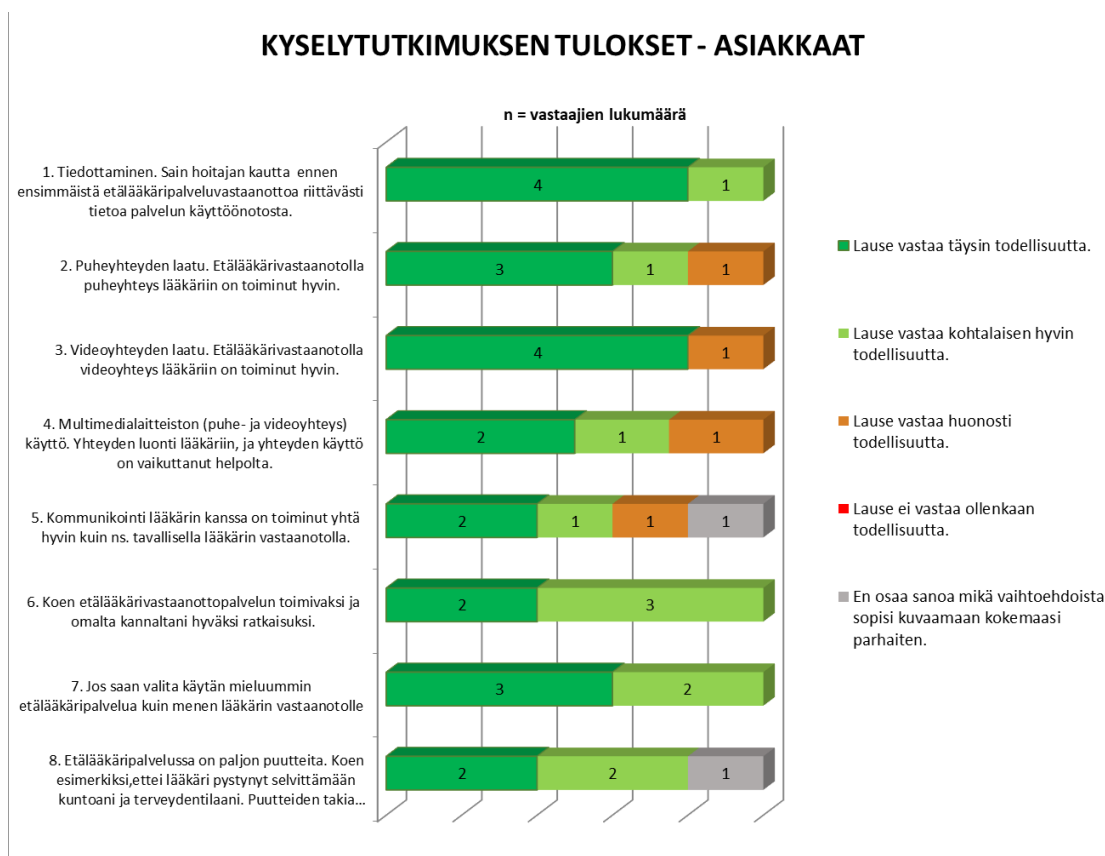
Avoimet kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on todella mielessä. (Hirsijärvi ym. 2003, 190). Avointen kysymysten analysointi tehtiin syyskuussa 2017. Lähestymistapa oli aineistolähtöinen eli induktiivinen. Tutkija perehtyi aineistoon lukemalla sitä moneen kertaan lävitse ja poimi sieltä alkuperäisilmauksia. Ilmaukset ryhmiteltiin etälääkäripalvelun onnistumisen kannalta oleellisiin teemoihin eli klusteroitiin alaluokkiin ja annettiin niiden sisältöä kuvaava nimi. Tämän jälkeen samansisältöiset alaluokat yhdistettiin yläluokiksi eli abstrahoitui. Yläluokkia tutkimalla ja vertailemalla löydettiin tutkimuksen kannalta oleellista tietoa yhdistäväksi tekijäksi eli pääluokaksi. Taulukossa 1 on esitetty tapa jolla tutkimusaineisto on pelkistetty, ryhmitelty ja abstrahoitu. Käytetystä menetelmästä riippumatta analyysin tehtävänä on

aineiston selkeyttäminen tutkijalle. Näin tutkija voi tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Vaihtoehto kysymykset sekä asiakkaiden että hoitajien osalta analysoitiin excel-ohjelmistoa käyttäen. Tulokset on esitetty kuvissa 4 ja 5.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1. Asiakkaat

Lielahden kotihoidon asiakaskyselyyn vastasi viisi asiakasta. Vastaajista kolme oli naisia ja kaksi miestä. Kaikki viisi asiakasta olivat säännöllisen kotihoidon asiakkaita.



Kuva 4. Kyselytutkimuksen yhteenveto, asiakkaiden vastaukset

Kyselytutkimuksen vastauksista voi päätellä, että asiakkaat kokivat etälääkäripalvelun pääasiallisesti myönteisenä. Suurin osa asiakkaista koki saaneensa hoitajan kautta riittävästi tietoa palvelun käyttöönotosta ennen ensimmäistä etälääkäripalveluvastaanottoa. Multimediayhteyden luominen lääkäriin ja yhteyden käyttö vaikuttivat asiakkaiden vastauksien perusteella pääosin helpoilta. Myös puhe- ja videoyhteys toimivat pääosan asiakkaista mielestä hyvin. Kommunikointi lääkärin kanssa vaikuttaa vastausten perusteella sujuneen yhtä hyvin kuin perinteisellä lääkärin vastaanotolla. Asiakkaat kokivat etälääkäripalvelun toimivaksi ja omalta kannaltaan hyväksi ratkaisuksi. Kahdesta viimeisestä vaihtoehtokysymyksestä tuli ristiriitaiset vastaukset: jos asiakkaat saisivat valita, käyttäisivät he mieluummin etälääkäripalvelua

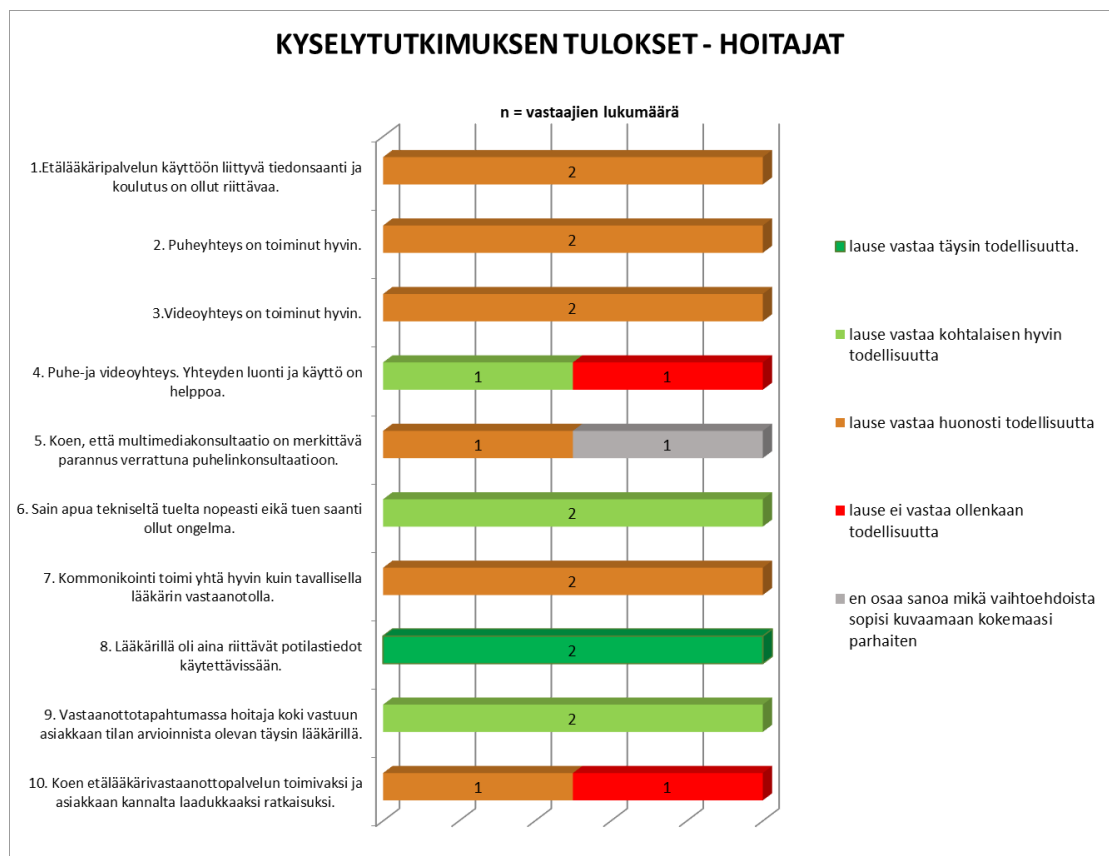
kuin menisivät lääkärin vastaanotolle. Toisaalta he kokivat, että etälääkäripalvelussa on paljon puutteita eikä lääkäri pystynyt selvittämään heidän kuntoaan ja terveydentilaansa. Tämän vuoksi he menisivät mieluummin terveyskeskukseen tai TAYS:in vastaanotolle.

8.2. Hoitajat

Kotihoiton etälääkäripalvelun pilottiprojektiin osallistuneiden kahden sairaanhoitajan osalta kyselytutkimus oli kaksiosainen. He vastasivat sekä vaihtoehtokysymyksiin että että avoimiin kysymyksiin.

8.2.1 Vaihtoehtokysymykset

Vaihtoehtokysymysten kautta saadut tulokset käsiteltiin Excel-ohjelman avulla.



Kuva 5. Kyselytutkimuksen yhteenveto, sairaanhoitajien vastaukset.

Sairaanhoitajien vastauksista voi päätellä, että etälääkäripalvelupilottiin liittyvä tiedonsaanti ja koulutus olivat huonolla tasolla. Samoin hyvin kriittiset vastaukset tuli puhe- ja videoyhteyden laatuun liittyen. Sairaanhoitajien vastausten perusteella yhteydet ovat toimineen huonosti. Etälääkäripalvelukokeilussa Sairaanhoitajan tehtäviin kuului tehdä valmistelevat työt asiakkaan kotona sekä avata videoyhteys mukana kuljetettavalla tietokoneella. Vastaukset yhteyden avaamiseen sekä videoyhteyden käyttöön liittyen ovat ristiriitaisia. Vastauksista voi kuitenkin päätellä, ettei yhteyden avaaminen eikä käyttökään ollut aivan vaivatonta. Kysymyksellä multimediakonsultaation toimivuudesta haettiin hoitajien näkemystä video- ja puheyhteyden toimivuuteen verrattuna pelkkään puhelinyhteyteen. Vastausten perusteella sairaanhoitajat eivät kokeneet mulimediayhteyden tuovan merkittävää parannusta pelkkään puhelinyhteyteen verrattuna. Varsin kriittiset vastaukset tuli myös kommunikaation toimivuuteen etälääkärivastaanottotapahtumassa verrattuna tavalliseen lääkärin vastaanottotapahtumaan. Vastausten perusteella kommunikointi etälääkärivastaanotossa toimi huonosti. Positiiviset kokemukset tulivat esille liittyen tekniseen tukeen ja potilastietojen saatavuuteen. Kumpikin oli vastaajien mielestä hyvin järjestetty. Vastuunjaossa hoitajien ja lääkärin välillä ei vastausten perusteella ollut epäselvyyttä. Kumpikin sairaanhoitaja koki, että vastuu asiakkaan tilan arvioinnissa oli täysin lääkärillä. Viimeisellä vaihtoehtokysymyksellä pyrittiin saamaan vastaajien kokema kokonaiskuva etälääkäripalvelun toimivuudesta tässä pilottihankkeessa. Vastaus oli yksiselitteinen. Sairaanhoitajat eivät kokeneet etälääkäripalvelua toimivaksi ja asiakkaan kannalta laadukkaaksi ratkaisuksi.

8.2.2 Avoimet kysymykset

Pilottikokeilun organisointi

Tavoitteena pilottikokeilussa oli, että ainakin joka neljäs lääkärikäynti korvattaisiin etälääkäripalvelulla. Suunnitelmana oli, että lääkäri tekee kullekin asiakkaalle kartoituskäynnin ennen etälääkäripalvelun aloittamista. Sairaanhoitajien vastausten perusteella kartoituskäyntejä ei pystytty tekemään lääkärin vähäisen paikallaolon takia.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälukka
”Aluksi lääkäri oli paikalla kerran kuukaudessa”	Lääkäri paikalla kerran kuukaudessa	Lääkärin läsnäolo kartoituskäyntejä varten	Etälääkäripalvelun sopivuuden arviointi eri potilas- ja ikäryhmille.	E T Ä L Ä Ä K Ä R I P A L V E L U N S O V E L T U V U U
”Lisättiin lääkärin fyysinen läsnäolo 2x kuukaudessa”	Lisättiin lääkärin läsnäolo kahteen kertaan kuukaudessa			
”Eikä ns. kartoituskäyntejä oltu ehditty pitämään riittävästi”	Kartoituskäyntejä ei riittävästi	Kartoituskäynnit ennen etälääkäripalvelun piiriin ottamista.		
”Etälääkäripalvelun aloittamista ennen lääkärin fyysinen tapaaminen”	Lääkärin fyysinen tapaaminen ennen etälääkäripalvelun aloittamista			
”Paras lopputulos saataisiin, jos lääkäri olisi tavannut asiakkaan ensin fyysisesti”	Hyvä lopputulos jos lääkäri tapaa ensin asiakkaan			
”Etälääkäripalvelussa pitää tarkoin valikoida, kenelle se sopii ja kenelle ei”	Etälääkäripalvelun sopivuus tulee harkita asiakaskohtaisesti			
”Ns. vuosikontrollit, vuosikontrolleissa	Etälääkäripalvelu soveltuu vuosikontrolleissa,			

perusterveen ja muistisairaiden, verikoe konsultaatio yms. vastauksissa”	perusterveen ja muistisairaana verikoe konsultaatioissa.	Etälääkäripalvelun sopivuus		S K O T I H O I D O S S A
”Näkö ja kuulovammaisille se ei sovellu juuri lainkaan”	Ei sovellu näkö- ja kuulovammaisille			
”Myös mielenterveysasialla kkaat ovat usein epäluuloisia palvelua kohtaan”	Mielenterveysasialla kkaat ovat epäluuloisia palvelua kohtaan			
”Ikäihmisten kohdalla etälääkäripalvelu tuo haasteita”	Ikäihmisille etälääkäripalvelu tuo haasteita			
”Asiakkaalla meni aikaa siihen, että asiakkaalla sai teknisesti koneen kuntoon”	Yhteyden luonti vie aikaa	Hoitajan kokemukset tekniikan toimivuudesta	Havaitut puutteet tekniikassa	
”Videoyhteydet ei aina toimineet ja ääni- ja kuva oli huono”	Videoyhteys sekä kuva- ja ääni huono			
”Mikäli piti näyttää haavaa, pattia tms. niin niiden näkyvyys huononi huomattavasti”	Näkyvyys huono näytettäessä pattia tai haavaa			

”Lääkäri ei näe kokonais kuvaa asiakasta, ei asiakkaan kehonkieltä eikä myöskään asiakkaan kotia ja ympäristöä”	Kokonaiskuva asiakkaasta ja ympäristöstä ei näy, kehonkieli ei välity	Videokuva ei välity riittävän hyvin		
”Hoitajien tekemät konsultaatiot toimistolta onnistuivat hyvin”	Konsultaatiot toimistolta onnistuivat hyvin	Positiiviset kokemukset palvelun onnistumisesta		
”Lopputulos parempi etälääkäripalvelulla”	Etälääkäripalvelulla parempi lopputulos			

TAULUKKO 1. Avointen kysymysten vastausten ryhmittely ja abstrahointi.

Etälääkäripalvelun soveltuvuus

Pilottikokeiluun osallistuneiden sairaanhoitajien kokemusten perusteella tulee etälääkäripalvelun soveltuvuus arvioida asiakaskohtaisesti. Vastaajien mukaan etälääkäripalvelu soveltuu mm. asiakkaiden vuosikontrolleihin, sekä verikokeiden vastauksien konsultaatioihin. Sen sijaan etälääkäripalvelu ei sovellu muistisairaille, eikä näkö- ja kuulo vammaisille. Etälääkäripalvelu ei myöskään sovellu lääkärin suorittamiin tutkimuksiin joissa tarvitaan fyysistä kosketusta.

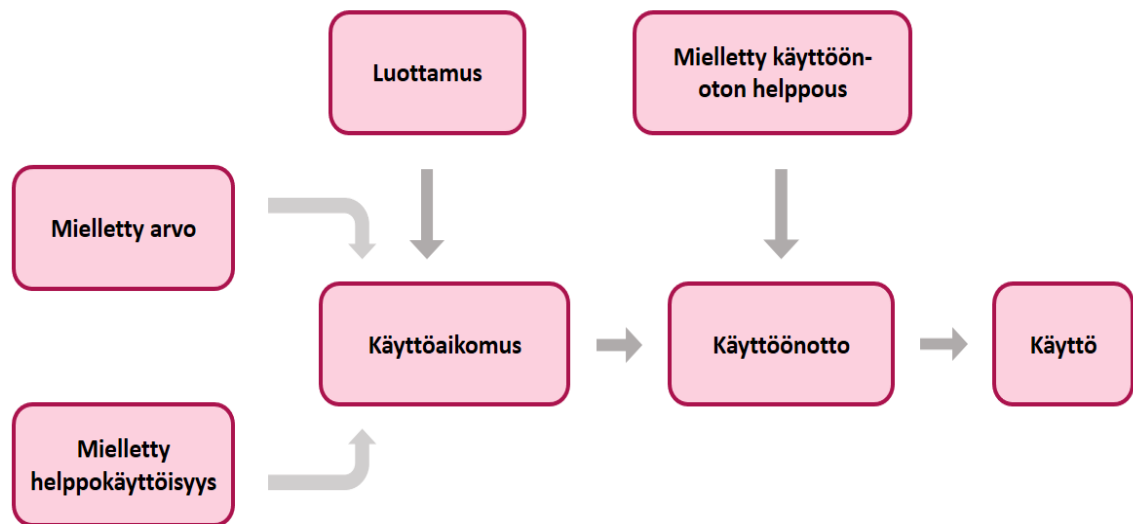
Tekniikan toimivuus

Sairaanhoitajat kokivat, että videoyhteyden luominen lääkäriin asiakkaan luona vei liikaa aikaa. Lääkärin vastaanoton aikana videoyhteys pätki, kuva yhteys ei ollut riittävän hyvä haavojen ja pattien diagnosointiin. Lääkäri ei pystynyt luomaan kokonais kuvaa asiakkaan kodista ja ympäristöstä eikä nähnyt asiakkaan kehonkieltä.

9 TIEKARTTA ETÄLÄÄKÄRIPALVELUN SOVELTUVUUDEN KEHITTÄMISEKSI

Etäterveydenhuollon käyttöönotto on monimutkainen ja haasteellinen prosessi, jossa epäonnistutaan usein. Käyttöönoton onnistumisessa painottuvat etenkin organisaatioon ja hankkeen organisoimiseen liittyvät tekijät, kuten tarve käyttöönotolle ja etäkonsultaatioiden järjestäminen säännöllisiksi prosesseiksi, joissa on pysyvät työntekijät ja joissa teknologian saatavuudesta sekä toimivuudesta on huolehdittu, (Vuononvirta 2011, 5). Varsinkin organisaation näkökulmasta on tärkeää tunnistaa teknologian hyväksymistä ennustavia tekijöitä, sillä uuteen teknologiaan investointi on monesti kallista ja vie resursseja, (Remula 2016, 5). Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan 60% kunnista ilmoitti, että resurssipula (rahoitus ja tietotaito) muodostaa esteen digitaalipalveluiden käyttöönotossa. Koetaan että olemassa olevien budjettien puitteissa on vaikeaa hankkia uusia tuotteita ja ratkaisuja. Puuttuu myös työntekijöitä ja esimiehiä, joilla on oikea tuntemus informaatioteknologiasta. Muita esteitä ovat infrastruktuuriongelmat, tiedonpuute, epäselvä poliittinen tahto, puutteellinen käyttäjäystävällisyys sekä vanhusten ja omaisten pelko teknologiaa kohtaan, (Forzati ja Matsson 2014, 17).

Innovaation käyttöönotto on päätöksentekoprosessi jossa yksilö (tai muu päätöksentekoyksikkö) tulee ensin tietoiseksi innovaatiosta, muodostaa sen jälkeen käsityksen innovaatiosta ja päättää omaksuuko vai hylkääkö hän innovaation. Seuraavaksi hän toteuttaa uuden innovaation käyttöönoton ja prosessin lopuksi vahvistaa tehdyn päätöksen. Tämä prosessi koostuu toimista ja valinnoista ajanjaksona jossa yksilö tai organisaatio arvioi uutta ideaa ja päättää muuttaako vai ei uusi idea jatkuvaksi käytännöksi, (Rogers 2003, 167). Kaasisen (2005) esittämän kaavion mukaan uuden teknologian käyttöönotossa tulee ensin käyttöaikomus ja vasta sen jälkeen päätös käyttöönotosta, kuva 6. Teknologian koettu hyödyllisyys, helppokäyttöisyys ja luottamus teknologiaa ja digitaalista vuorovaikutusta kohtaan ennustavat aikomusta käyttää teknologiaa. Käyttöönoton helppous ennustaa varsinaista käyttöönottoa, ja lopulta teknologian käyttöä, (Remula 2016, 35).



Kuva 6. Teknologian hyväksymismalli mobiilipalveluille (Kassinen 2005, 72).

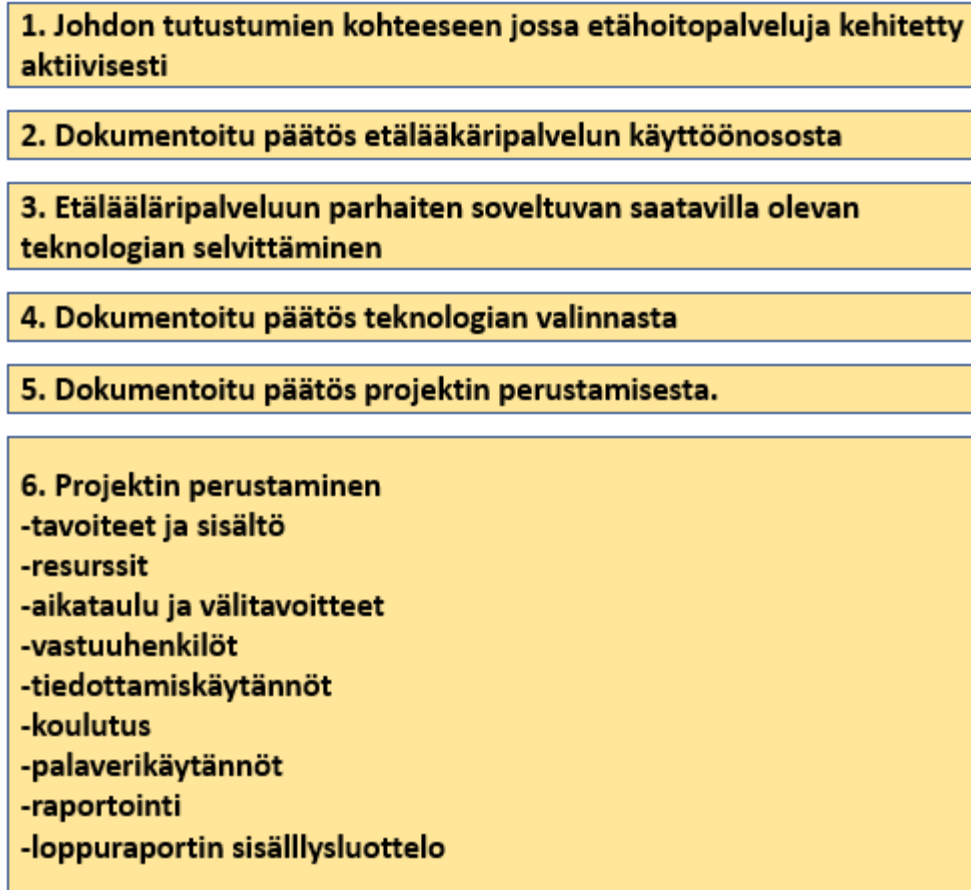
Etäterveydenhuoltohankkeen toimeenpano vaatii onnistuakseen riittävästi aikaa, vahvaa johtamista, tarpeiden analysointia, prosessien huolellista suunnittelua ja vaiheittaista etenemistä aloittaen helpoimmalla sovelluksella (Moehr ym. 2006, Singh ym. 2010). Etälääkäripalvelun onnistunut kehittäminen ja käyttöönotto vaativat kokonaisvaltaista lähestymistapaa, kuva 7. Infrastruktuurilla tarkoitetaan riittävän kapasiteetin omaavaa joko langatonta tai valokaapeliyhteyttä, palvelun toteuttamiseen soveltuvaa päätelaitteistoa sekä käyttäjäystävällistä ohjelmistoa. Koulutus ja tiedottaminen on aloitettava jo projektin varhaisessa vaiheessa ja varsinkin tiedottamisen on jatkuttava



Kuva 7. Etälääkäripalvelun käyttöönotossa huomioitavat keskeiset asiat

läpi koko käyttöönottoprojektin. Tiedottamisen pitää kattaa oma projektiin liittyvä henkilöstö, asiakkaat sekä asiakkaiden lähiomaiset. Johdon sitoutuminen ja riittävien resurssien järjestäminen ovat myös perusedellytyksiä etälääkäripalvelun käyttöönotolle. Johdon tehtävä on luoda hoitohenkilökunnalle olosuhteet jossa he voivat käyttää ammattitaitoaan tehokkaasti. Vuononvirta toteaa (2014) että helppokäyttöinen ja hyvin toimiva etäteknologia sekä riittävä atk-tuki ovat perusedellytyksiä etäterveydenhuoltohankkeiden onnistumiselle. Grönroosin (2009) yksi seitsemästä laadukkaaksi koetun palvelun kriteeristä on palvelun normalisointi: Asiakkaat ymmärtävät, että aina kun jotain menee pieleen tai kun tapahtuu jotain odottamatonta, palveluntarjoaja ryhtyy heti toimiin pitääkseen tilanteen hallinnassa ja löytääkseen uuden, hyväksyttävän ratkaisun (prosessiin liittyvä kriteeri). Jatkuva parantaminen etälääkäripalvelun käyttöönotossa tarkoittaa, että etälääkäripalvelun epäkohdat identifioidaan ja niiden eliminoimiseen tartutaan välittömästi. Etälääkäripalvelun prosessien jatkuva parantaminen edellyttää vastaanottotapahtumakohtaista seuranta esim. seurantalomaketta hyväksikäyttäen.

Tutkijan näkemys on, että mikäli etälääkäripalvelun käyttöönotto katsotaan tarpeelliseksi tarvitaan ensimmäisenä johdon selkeä ja dokumentoitu päätös. Paremman käsityksen luomiseksi etälääkäripalvelun mahdollisuuksista ja käytettävästä teknologiasta olisi suositeltavaa, että Tampereen kaupungin Avo- ja asumispalvelujen Ikäihmisten palvelulinjan ja kotihoidon johdon edustajat tekisivät tutustumiskäynnin kohteeseen, jossa etäterveydenhuoltopalveluissa on jo laajemmin konkreettisia kokemuksia. Hyvä vaihtoehto on esim. Ruotsin Västerå joka on Ruotsin johtavia kuntia digitalisaation hyödyntämisessä kotihoidossa. Västeråsissa on paitsi testattu erilaisia teknologioita niin myöskin arvioitu digitaalisten palvelujen käyttöönottoon liittyviä kuluja sekä säästöjä joita palvelujen avulla saavutetaan, (Fortzati ja Matsson 2014, 16). Johdon päätöksen jälkeen tulee perusteellisesti selvittää etälääkäripalvelun käyttöön parhaiten soveltuva saatavilla oleva teknologia. Etälääkärivastaanotossa tulee pyrkiä luomaan olosuhteet jotka sekä asiakkaan että lääkärin näkökulmasta ovat mahdollisimman lähellä perinteistä lääkärinvastaanottoa. Videoyhteyden välityksellä lääkärin pitää saada mahdollisimman hyvä kokonaiskuva asiakkaasta mukaan lukien asiakkaan kehonkieli sekä asiakkaan asumisympäristö. Samoin asiakkaalle tulee välittyä kokonaiskuva lääkärin läsnäolosta. Videoyhteyden luomiseen tarvittava aika, sekä kuvan- ja äänen laatu ovat keskeiset kriteerit soveltuvaa teknologiaa valittaessa. Tutkijan laatima kaavio etälääkäripalvelun käyttöönoton eri vaiheista, kuva 8.



Kuva 8. Vaiheet etälääkäripalvelun kehittämisessä ja käyttöönotossa.

Kuten Vuononvirta (2014) johtopäätöksissään toteaa, etäterveydenhuoltohankkeen onnistuminen vaatii kaikilta siihen osallistuvilta organisaatioilta sitoutumista, huolellista organisointia, jatkuvaa ja pitkäjänteistä ohjausta, seuranta, tukea ja arviointia.

10 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tulokset asiakkaiden osalta osoittavat heidän suhtautuvan etälääkäripalveluun pääosin myönteisesti. Timonen tuli samaan tulokseen tutkimuksessaan vuonna (2004) potilaat olivat vähintään yhtä tyytyväisiä etävastaanottoon kuin tavalliseen. Ruotsissa tehdyssä kyselytutkimuksessa vanhusien suurimpia huolenaiheita etäterveydenhuoltoon liittyen olivat epävarmuus käytännön toteutuksesta ja siitä, miten tekninen tuki on järjestetty ja onko sitä saatavilla, sekä pelko siitä, että fyysinen kontakti häviää etäterveydenhuollon myötä (Martin ja Kjellsson 2016, 30). Tämän opinnäytetyön kyselytutkimuksessa ainoastaan yksi viidestä vastaajasta ei kokenut puhe- eikä videoyhteyden laadun olevan hyvä eikä myöskään kokenut, että multimedialaitteiston käyttö olisi ollut sujuvaa tai että yhteyden luominen etälääkäriin olisi sujunut hyvin tai että kommunikointi etälääkärin kanssa olisi ollut yhtä hyvä tai lähes yhtä hyvä kuin perinteisellä lääkärin vastaanotolla. Asiakkaat olivat ikäihmisiä, 70 – 92-vuotiaita. Heille kerrottiin etukäteen etälääkärivastaanotosta ennen kuin sairaanhoitaja meni asiakkaan luo ottaakseen yhteyden lääkäriin. Kahden viimeisen kysymyksen vastauksissa oli ristiriitaisuutta. Kysymyksissä pyydettiin mielipidettä etälääkäripalvelusta verrattuna perinteiseen lääkärin vastaanotolla käyntiin. Kysymyksen numero seitsemän vastausten perusteella asiakkaat valitsevat mieluummin etälääkäripalvelun kuin perinteisen vastaanoton. Kysymyksen numero kahdeksan vastausten perusteella etälääkäripalvelussa on puutteita, joiden vuoksi asiakkaat valitsevat mieluummin terveyskeskuksen kuin etälääkärivastaanoton. Vastausten ristiriitaisuus voi johtua joko liian hankalasta kysymysten asettelusta tai asiakkaiden heikkokuntoisuudesta.

Sairaanhoitajien osalta kokemukset etälääkäripalvelun käyttöön liittyvästä koulutuksesta ja tiedottamisesta, video- ja puheyhteyden laadusta, kommunikoinnista lääkärin kanssa sekä etälääkäripalveluratkaisun toimivuudesta ja laadusta olivat kielteisiä. Tutkimustenkin mukaan hoitajat näkevät asiat usein negatiivisemmassa valossa, kuin potilaat asiat itse kokevat. Esimerkiksi potilaat kokivat tekniikkaan, kommunikointiin ja hoidon hyötyihin liittyvät tekijät positiivisemmin kuin hoitajat. (Brewster ym.2013, 21-34). Vastaukset voi hyvin ymmärtää. Etälääkärikokeilusta keskusteltiin useassakin palaverissa, mutta laajempi tiedottaminen ja koulutus jäi varmistamatta ja ainakin osittain tekemättä. Viestinnässä on huomioitava suunnitelmallisuus ja on sovittava, kuka

viestinnän ja tiedottamisen hoitaa ja miten se toteutetaan. Sairaanhoitajilla on vankka kokemus hoitotyöstä, mutta heitä olisi pitänyt kouluttaa varsinaisen etälääkärivastaanottotilanteen hallintaan. Sairaanhoitajat saivat vain ohjelmiston käyttökoulutusta. Etälääkärivastaanottotapahtuma vaatii asiakkaan luona olevalta hoitajalta eritytaitoja paitsi potilaan kohtaamisessa myös erilaisten mittalaitteiden käytössä sekä mm. palpaatiossa. Projektipäällikkö neuvoi projektiin osallistuvia sairaanhoitajia ohjelmiston käytössä ja oli mukana ensimmäisillä etälääkärivastaanottokäynnillä. Tekninen tuki koettiin hoitajien taholta hyväksi. Yhteys otettiin asiakkaan luota etälääkärille matkapuhelinverkon kautta. Vastaajien mukaan videoyhteys ei aina toiminut, ääni ja kuva olivat huonolaatuisia. Lisäksi etälääkärivastaanottotilanteessa, jossa tuli näyttää lääkärille asiakkaalla olevaa pattia tai haavaa kameralla, välitetyn kuvan laatu oli liian huono, jotta lääkäri olisi voinut tehdä luotettavan diagnoosin. Ollessani mukana etälääkärivastaanottokäynnillä erään asiakkaan luona huoneen avoimesta ikkunasta kantautuvat äänet häiritsivät kuuluvuutta huomattavasti ja tietokoneen äänen voimakkuutta ei saanut enää säädettyä voimakkaammalle. Mahdollisesti lisäkaiutin olisi paikallaan vastaanottotilanteessa, niin saataisiin lisää äänenvoimakkuutta. Irtonaisen kameran pysyminen kiinni tietokoneessa tuotti hankaluutta sekä ulkoa ikkunasta tuleva valo häiritsi kuvan laatua. Käynnilläni huomasin myös sairaanhoitajan ja asiakkaan turhautumista, jos tekniikan kanssa oli vähäistäkin ongelmaa. Vuononvirran (2011) tutkimuksessa tuli myös esiin, että teknologianhelppokäyttöisyys ja hyvä toimivuus vähentävät todennäköisesti työntekijälle tulevaa rasitusta. Vastaajien mukaan haasteita tuo etälääkäripalvelun vastaanottotilanteessa, kun lääkäri ei näe asiakkaan kehonkieltä, kokonaiskuvaa, kotia ja ympäristöä. Yhdessä etävastaanottotapahtumassa asiakas oli osoittanut aggressiivista käyttäytymistä ja asiakkaan koti oli epäsiisti. Lääkärin näkymä kameran kautta oli kuitenkin rajoittunut, eikä hän pystynyt havaitsemaan tilannetta kokonaisuutena ja kirjauksena tuli, että asiakkaan käytös oli rauhallinen ja koti oli siisti. Kirjaus oikaistiin myöhemmin. Sairaanhoitajat kokivat, että lääkäriellä oli etävastaanottotilanteessa riittävät potilastiedot käytettävissään. Pilottiprojektin alussa lääkäri oli paikalla kerran kuukaudessa. Lisäksi lääkäri vaihtui useampaan otteeseen ja näin asiakkaiden kartoituskäynnit jäivät tekemättä. Tämä osaltaan vaikutti etälääkärivastaanoton käyntien vähäiseen määrään. Lisäksi on vaikea luoda ns. työpari hoitaja- ja lääkärisuhdetta, jos lääkäri vaihtuu useasti. Vastauksista tuli esiin, että sairaanhoitajat kokivat vastuun asiakkaan tilan arvioinnista olevan lääkäriellä. Tämän tutkimuksen tuloksiin tulee suhtautua kriittisesti. Pilottiprojekti yritettiin viedä läpi päivittäisten töiden ohella ilman,

että määriteltiin projektin vastuuhenkilöt, aikataulut, projektipalaverien sisältö tai että mietittiin tarkemmin päätelaitteiden soveltuvuus huomioiden etälääkäriavustuksen tarpeet.

Vastaajien mukaan etälääkäripalvelulla pystytään korvaamaan perinteiset lääkärisikäynnit kuten vuosikontrolleissa, muistisairaiden vuosikontrolleissa ja konsultaatiot verikoevastauksissa. Saman suuntaisiin tuloksiin oli tultu etälääkärikokeilussa Helsingin kaupungissa. Vastanneiden mukaan mielenterveysasiakkaat suhtautuvat epäluuloisesti etälääkäripalveluun. Lisäksi etälääkäripalvelu ei myöskään sovi palpaatiopotilaille, huonokuuloisille eikä heikkonäköisille. Vastaajien mukaan nämä asiakkaat haluavat lääkärin fyysisesti paikalle. Vastaajien mukaan onkin tärkeä osata valikoida, kuka asiakas on sopiva etälääkäripalvelun käyttämiseen kotihoidossa. Vastausten mukaan yksi asiakas ei ollut uskonut olleensa lääkärin kanssa yhteydessä etälääkäripalvelu tilanteessa.

Uusien, tietotekniikkaan tottuneiden ikäluokkien ikääntyessä ja tulella kotihoidon piiriin poistuvat mahdollisesti nyt vielä joissain tapauksissa esiintyvät ennakkoluulot digitalisaatiota ja uutta teknologiaa kohtaan. Tutkijan johtopäätös on, että henkilökunnan asenteet eivät ole este käyttöönotolle. Etäterveydenhuoltoon kielteisesti suhtautuvat vaativat enemmän johdon ohjausta. Myönteisesti suhtautuvat kokevat, että etäterveydenhuollosta on monenlaista hyötyä potilaille, työntekijöille ja yhteiskunnalle (Vuononvirta, 2011). Tämän tutkimuksen perusteella etälääkäripalvelu soveltuu hyvin rajoitetusti kotihoidon asiakkaille. Ennen kuin asiakas voidaan ottaa etälääkäripalvelun piiriin, tulee lääkärin tehdä kartoituskäynti asiakkaan luona. Samaan tulokseen tuli tutkimuksessaan Moksén, (2016). Ensikontaktina ei kuitenkaan pidetty etäavustusta parhaana mahdollisena vaihtoehtona. Etälääkäripalvelu soveltuu vain mm. vuosikontrollikäynteihin sekä laboratorioavustusten konsultaatioihin.

10.1. Opinnäytetyön eettisyys

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa tutkimusetiikka voidaan jakaa kahteen osaan eli tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan sekä tulosten soveltamiseen. Tutkimusetiikka on hoitotieteellisessä tutkimuksessa hyvin tärkeää ja eettiset kysymykset tulee huomioida jo tutkimusongelmaa valittaessa. (Vehviläinen- Julkunen 1998, 21). Ihmiseen kohdistuvissa

tutkimuksissa on myös tärkeää selvittää, kenen ehdoilla tutkimusvaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Aineiston keräämisessä on huomioitava muun muassa anonyymiuden takaaminen, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2003).

Tutkimuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) asettamia hyvän tieteellisen tutkimuksen käytäntöjä ja eettisiä periaatteita. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujia pyydettiin allekirjoittamaan suostumus ennen tutkimuksen suorittamista. Tutkimustilanne oli mahdollista keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Tutkimukseen osallistujien henkilöllisyys ei tule ilmi tutkimusraportista.

Luottamuksellisuus tutkimusaineistoista puhuttaessa viittaa yksittäisiä ihmisiä koskeviin tietoihin ja näiden tietojen käytöstä annettuihin lupauksiin. Lupaukset aineiston käyttötavoista, käyttäjistä, käyttöajasta, muokkaustavoista ja säilyttämisestä annetaan tutkittaville jo tehtäessä sopimusta tutkimukseen osallistumisesta. Luottamus tutkimusaineiston yhteydessä tarkoittaa ensisijaisesti tutkittavan luottamusta siihen, että aineistoa käsitellään, käsitellään ja säilytetään, kuten on sovittu (Kuula 2013, 64).

Itsemääräämisoikeudesta on Suomessa säädetty lailla (1992) potilaan asemasta ja oikeudesta. Itsemääräämisoikeutta koskevat kysymykset ovat vaikeimpia eettisiä haasteita hoidossa. Tutkimuksen piiristä ei saisi systemaattisesti sulkea pois marginaaleja ihmisryhmiä- esimerkiksi dementoituneita, kehitysvammaisia tai muuten vajaakykyisiä. (Kuula 2013, 147). Tässä tutkimuksessa kyselytutkimus tehtiin kotihoidon asiakkaille, joilla päätöksenkyky ei ollut heikentynyt.

Tutkimuksen suorittamiseen haettiin kirjallinen lupa Tampereen kaupungin konsernihallinnosta. Tutkimuslupahakemus sisälsi valmiin tutkimussuunnitelman. Osallistujia informoitiin tutkimuksesta sekä tutkimuksen tavoitteista ja toteutuksesta.

Tutkijan suhde tutkimusorganisaatioon ja tutkittaviin on myös eettisesti pohdittava kysymys. Samoin kuin aineiston keruussa ja saatujen tulosten julkaisuissa on eettiset asiat huomioitava (Vehviläinen-Julkunen 1998, 26-32). Tässä tutkimuksessa eettisyyttä tuli pohtia, sillä tutkimuksen toteuttaja oli työsuhteessa tutkittavaan organisaatioon.

Tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimukseen sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Tutkimuksen toteuttamista oikeuttaa sen tarkoitus palvella kotihoidon etälääkäripalvelun kehittämistä. Tutkimuksesta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää kotihoidon etälääkäripalvelun kehittämisessä ja arvioinnissa niin paikallisesti kuin muuallakin Suomessa. Kustannustehokkuusvaatimusten takia sekä ikäihmisten määrän kasvaessa tarve kotihoidon etälääkäripalvelulle lisääntyy niin paikallisesti kuin valtakunnallisestikin. Perinteisen lääkäripalvelujen rinnalle tarvitaan vaihtoehtoisia palvelumuotoja.

10.2. Tulosten luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat tutkimuksen uskottavuus, vahvistettavuus, siirrettävyys sekä reflektiivisyys (Kylmä ja Juvakka 2007, 127). Uskottavuutta tutkimukselle tuo tutkijan monien vuosien kokemus kotihoidon parissa ja sitä kautta muodostunut vahva käsitys ilmiöstä. Tutkija on päässyt seuraamaan tutkimuskohteena olevan pilottiryhmän kehittämiskokouksia, sekä ollut mukana etälääkärivastaanotolla. Näissä tapahtumissa esille nousseet työntekijöiden kommentit ja puheenvuorot ovat olleet hyvin samankaltaisia ja vahvistaneet tutkimustulosten uskottavuutta.

Tutkimuksen vahvistettavuutta lisääviä tekijöitä ovat tutkimustulosten samansuuntaisuus verrattuna aiempiin tutkimuksiin sekä tutkimusprosessin tarkka kuvaus. Erilaiset tulkinnat tutkimuksen kohteesta eivät välttämättä merkitse luotettavuusongelmaa, koska erilaiset tulkinnat tutkimuskohteesta lisäävät samanaikaisesti ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä ja Juvakka 2007, 129). Täytyy kuitenkin muistaa, että tulosten yleistettävyyttä rajoittaa aineiston suppeus. Aiheesta tarvitaan lisätutkimuksia laajemmalla tutkimusjoukolla.

Siirrettävyyden tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän on annettava esimerkiksi riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä (Kylmä ja Juvakka 2007, 129). Tämän tutkimuksen tuloksia on mahdollista soveltaa toisiin vastaaviin kotihoitoyksikköön.

Tutkija työskentelee itse palveluesimiehenä lännen alueella ja sijaistaa tutkimuksen kohteena olevassa kotihoitoyksikössä palveluesimiestä vuosilomien ja muiden poissaolojen aikana. Tämä loi tutkimukselle hyvän lähtökohdan ja ennakoasettelun. Kotihoidon ja toimintatapojen tuntemus ja tutkijan henkilökohtainen osallistuminen haastattelutilanteisiin antoivat mahdollisuuden tulkita aineistoa myös rivien välistä. Toisaalta ilman ennakkokäsitystä tai tietämystä aiheesta aineistoa olisi voitu tulkita eri tavalla. Tutkimukseen osallistuvien työntekijöiden tunteminen toi haastattelutilanteisiin luottamuksellisuutta ja mahdollisesti madalsi kynnystä kyselytutkimukseen osallistumiselle. Tutkimuksen toteuttaminen järjestyi luontevasti, koska osapuolet olivat entuudestaan tuttuja. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään mahdollisimman uutta ja ajantasaista lähdeaineistoa. Tietoa etsittiin monista eri lähteistä ja sitä vertailtiin keskenään. Lähdemateriaali koostui muun muassa alan kirjallisuudesta, kyselytutkimuksesta sekä haastatteluista.

10.3. Jatkotoimenpiteet

Tutkimuksen otos on pieni, vain viisi asiakasta ja kaksi sairaanhoitajaa. Kaikkia osallistuneet vastasivat kyselytutkimukseen yhden kerran. Opinnäytetyön kyselytutkimuksen tuloksista löytää helpostikin parannuskohteita mm. koulutuksen, tiedottamisen ja käytettävän teknologian osalta. Opinnäytetyössä on esitetty myös muiden tutkimusten ja raporttien tuloksia ja johtopäätöksiä. Huomioiden tämän opinnäytetyön tulokset ja tässä työssä esitetyt muiden tutkimusten ja raporttien tulokset ja johtopäätökset ovat perusteltua esittää keskeiset tekijät jotka on huomioitava etälääkäripalvelun laadullisessa kehittämisessä. Laadullisen etälääkäripalvelun tuottaminen edellyttää jatkuvaa henkilöstön koulutusta, ei pelkästään asiakaspinnassa olevien hoitajien vaan myös organisaation kaikkien tasojen esimiesten osalta. Käytettävä teknologia tulisi olla kehitetty huomioiden etälääkärivastaanoton tarpeet. Yhteyden luominen ”nappia painamalla” ilman jopa yli minuutin odotusaikaa, kameran etäohjaus niin että lääkäri voi

kallistaa, kääntää ja kohdentaa kameraa tarpeen mukaan, riittävän tarkka kamera, herkkä mikrofoni ja riittävän hyvät kaiuttimet luovat olosuhteet jossa lääkärillä on mahdollisuus saada hyvä kokonaiskäsitys asiakkaasta hänen kehonkielensä ja asumisympäristönsä mukaan lukien. Asiakkaan kannalta oleellisia ovat hyvä näyttö sekä kaiuttimet niin että sekä lääkärin kuva, että ääni välittyvät asiakkaalle mahdollisimman hyvin. Kaiken pohjana on riittävällä tiedonsiirtonopeudella varustettu verkko. Hyvin järjestetty etälääkäripalvelu ei välttämättä eroa merkittävästi perinteisestä lääkärinvastaanotosta. Jos palvelu on hyvin järjestetty, se sopii paremmin kaikille asiakkaille ikään ja potilaan kuntoon katsomatta. Tällöin ei lääkärin fyysinen läsnäolo ole välttämättä tarpeen edes niin sanotussa kartoituskäynnissä. Iso kysymys jatkon kannalta on palvelun saatavuus. Vaasassa etälääkäripalvelu on toteutettu puhelimitse. Päivystävä lääkäri on ympäri vuorokauden hoitajien tavoitettavissa. Tulevaisuuden laadukkaan etälääkäri-palvelun minimi saatavuutena voisi pitää 07.00 – 17.00 seitsemänä päivänä viikossa olevaa videoyhteyden kautta järjestettyä palvelua. Lielahden alueen kotihoidon asiakaspohja lienee liian pieni jatkuvan saatavuuden järjestämiseksi. Yhdistämällä palvelu kattamaan useita alueita saadaan laadukas etälääkäripalvelu järjestettyä myös yksittäiselle alueelle, tässä tapauksessa Lielahden kotihoidon alueella.

Jatkotoimenpiteinä tulisi selvittää laajemmin hoitohenkilökunnan ja lääkärin kokemaa ja suhtautumista etälääkäripalveluun. Lääkärit eivät suunnitellusta poiketen osallistuneet tämän opinnäytetyön kyselytutkimukseen. Heidän mielipiteensä ja kokemuksensa tulisi selvittää. Sen jälkeen tulisi siirtyä sanoista tekoihin. Henkilöstö on koulutettava, on hankittava etälääkäripalveluun soveltuva laitteisto ja huolehdittava teknisestä tuesta ja saatavuudesta. Osana etälääkäripalvelun järjestämiseen osallistuvan henkilöstön työtä tulisi olla lyhyen lomakkeen täyttö jokaisen vastaanottotapauksen onnistumisesta. Tiedon kulku sekä ylhäältä alas, että toisinpäin on ehdoton edellytys toiminnan jatkuvalle kehittämiselle. Laadukkaan etälääkäripalvelun järjestäminen vaatii kokonaisvaltaista lähestymistapaa. Ilman esimiesten johtamistaitojen kehittämistä ja ylläpitoa jää hoitohenkilöstön ammattitaito ja teknologian mahdollistama toimintojen tuottavuuden parantaminen osin hyödyntämättä. Yhtenä osana kehitystä ja henkilöstön, myös johdon koulutusta tulisi olla tutustuminen sellaisiin kohteisiin joissa kehitystyö on edennyt Lielahden etälääkäripalvelun tasoa pidemmälle. Positiivista on, että kotihoidon osalta on etälääkäripalvelun järjestämisestä nyt saatu kokemuksia reilun puolen vuoden osalta. Potentiaali etälääkäripalvelun laadulliseksi kehittämiseksi on merkittävä. Tämä

potentiaali tulisi hyödyntää huolellisesti ja määrätietoisesti. Lopullinen tavoite on laadukkaan lääkäripalvelun toimittaminen kustannustehokkaasti etänä asiakkaan kotiin ja palvelun hyvä saatavuus.

LÄHTEET

- Cimperman, M., Brencic, M.M., Trkman, P., Stanonik, M.L. 2013. Older Adults`Perceptions of Home Telehealth Services, *Tutkimus, Ljubljanan yliopisto, Slovenia, 2013.*
- Clarke, R.N. 2013. Expanding mobile wireless capacity: The challenges presented by technology and economics. www.elsevier.com/locate/tel
- Doctagon kotisivut 2017. Luettu 07.09.2017. <https://www.doctagon.fi/fi/anywhere/>
- Doyle-Lindrud, S. 2016. Telemedicine in oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing.*
- Eloranta, S.; Arve S. & Routasalo P. 2009. Sosiaali- terveydenhuollon yhteistyö–avainiäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. *Gerontologia* 3/2009.
- Euroopan komissio. 2016. Sähköiset terveystalvet. Luettu 15.8.6.2017. http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy_fi
- Valtiovarainministeriö 2015. Etäpalvelujen käyttöönottoon käsikirja 44/2015. Luettu 10.9.2017. <http://vm.fi/documents/10623/360844/Et%C3%A4palvelujen+k%C3%A4ytt%C3%B6%C3%B6noton+k%C3%A4sikirja/6644b47c-3b1f-4d80-9629-12d0e0a2b394>.
- Friis, I. 2004. Työni kotisairaanhoidajana, narratiivinen tutkimus kotisairaanhoidajan työstä. Oulu: Oulun yliopisto
- Forzati, M., Matsson C. 2014. Effekter av digitala tjänster för äldre – en ekonomisk studie, Tukholma.
- Grönroos C. 2003. Palveluiden johtaminen ja markkinointi. Suom. M. Tillman. 2. painos. Helsinki: WSOY.
- HMY Service Economy Oy (2015) Etäpalvelun kotikäyttö. Luettu 14.09.2017. <http://docplayer.fi/1232843-Etapalvelun-kotikayton-esiselvitys.html>
- Helsingin kaupunki 2016. Etälääkäri asiakkaan luona ruudulla. Luettu 14.09.2017. <https://www.hel.fi/sote/fi/esittely/julkaisut/uutiskirjeet/etal>
- HEMA Instituutti. 2016. Parempaa yksityisen ja julkisen yhteistyötä terveydenhoitoon. Jyväskylä. Luettu 4.5.2017.
- Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja Kirjoita. 2009. Helsinki: Tammi.
- Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Holma T., Outinen M., Idänpään-Heikkilä U. & Sainio S. 2001. Kirkasta ja uudista laadunhallintaa – kehitä laatutalo. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

- Ikonen, E-R & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito: Helsinki. Edita Prima
- Jalkanen, P. 2017. Kuntouttava työote kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Itä-Suomi: Itäsuomen yliopisto.
- Janhonen, S, Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteestä. WSOY. Helsinki.
- Jonsson, C. 2014. Brukarens syn på omsorgskvalitet i hemtjänsten. C-uppsats i psykologi. Mälardalens Högskola.
- Joutsenkoski, P. 2013. Sairaanhoidajan tulevaisuuden haasteet. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Kahn, E., Marca, F., Mazzola, K. (2016) Neurosurgery and telemedicine in the United States: Assessment of the risks and opportunities. *World Neurosurgery*.
- Kansaneläkelaitos 2017. Työterveyshuollon etäpalvelut korvattaviksi 1.3.2016 alkaen. Luettu 14.8.2017.
<http://www.kela.fi/-/terveydenhuollon-etapalveluista-voi-saada-korvausta>
- Kauppi, Määttänen, Salminen, Valkonen. 2015. Vanhusten pitkäaikaishoidon tarve vuoteen 2040.
- Kopakkala, J. 2012. 4G Mobiiliverkot. Häme: Hämeen Ammattikorkeakoulu.
- Koppa 2017. Jyväskylän yliopiston julkaisupaikka opetus- ja kurssimateriaalille. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Koivisto, T. 2015. Laadunhallinnan kehittäminen ja laatukäsikirjan tuottaminen kotihoidon yksikköön. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu.
- Kotihoidon laskenta 2012.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110191/Tr17_13.pdf?sequence=4.
- Kuntaliitto 2017. Tiedote. ODA-palvelujen kautta sosiaali- ja terveyspalvelut loikkaavat digiaikaan. Luettu 15.3.2017.
<https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/oda-palvelujen-kautta-sosiaali-ja-terveyspalvelut>
- Kuula, A. 2013. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, J, Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita. Prima Oy.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali ja terveyspalveluista (7/2013).
Finlex,<<http://www.finlx.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>>, haettu 1.8.2017.
- Larmi, A, Tokola, E, Välkkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki. Tammi

- Martin, J., Kjellson, M. 2016. Äldre personers erfarenhet och syn på eHälsa, Institutionen för hälsa, Blekingen tekn.korkeakoulu, Ruotsi.
- McKinsey. 2016. Värdet av digitalteknik i den svenska vården.
- Moffat, J.J., Eley D.S. 2010. "The reported benefits of telehealth for rural Australians",
- Moksen, Sanna. 2017. Erikoissairaanhoidon etävastaanotot. Kandidaatintutkielma. Avoin yliopisto. Terveystieteenyksikkö.
- Moehr, JR, Schaafsma, J, Anglin, C, Pantazi, V, Grimm, NA & Anglin, S (2006) Success factors for telehealth –a case study. Int J Med Inform 75(10–11).
- Noro, A, Alatalo, H. 2014. Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain toimeentuloa vuonna 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 13/2014. Saatavilla [www-muodossa osoitteessa](http://www.muodossa osoitteessa) http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116151/URN_ISBN_978-952.302-169-3.PDF
- Pajula, K. & Vares, S. 2015. Dokumentointi etälääkäripalvelussa. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu.
- Pesonen H. 2007. Laatu! – Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Helsinki: Infor Oy.
- Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavissa myös: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00373.pdf>
- Polvinen, M. 2015. Laajakaistapalvelujen tarjonta ja tulevaisuus Kuhmossa. Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu.
- Regeringskansliet. Näringsdepartamentet. 2016. Sverige helt uppkopplat 2025 – en bredbandstrategi.
- Regeringskansliet, socialdepartementet. Sveriges kommuner och Landsting. 2016. Vision eHälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård.
- Remula, H. 2016. Uuden teknologian hyväksyminen organisaatiossa – tapaustutkimus työhyvinvoinnin mobiilipalautekanavan käyttöönotosta. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Reponen, J., Kangas, M., Härmäläinen, P. & Keränen, N. 2015. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014: tilanne ja kehityksen suunta. Oulu: Oulun yliopisto.
- Rogers, EM (1995, 2003) Diffusion of Innovations. 5. p. New York NY, Free Press.
- Silius, K. 2005. Sisällönanalyysi, TTY/DMI/Hypermedialaboratorio.

- Smith-Ström, H., Iversen, M., Graue, M., Skele, S., Kirkevold, M. (2016) An integrated wound-care pathway, supported by telemedicine, and competent wound management – Essential in follow-up care of adults with diabetic foot ulcers. *International Journal of Medical informatics*.
- STM 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö laatusuositus 2017. Hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Luettu 6.7.2017.
<http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>
- STM 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista- Luettu 6.7.2017
- STM 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Kotihoito ja kotipalvelut. Luettu 20.08.2017.<http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>
- STM 2016. Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Tavoitteena jokaiselle palveluja ajasta ja paikasta riippumatta. Luettu 28.09.2017.
<http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus/hankkeen-kuvaus>
- STM 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista. Luettu 20.08.2017.
http://stm.fi/documents/1271139/1408010/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf/866357e6-f167-4357-bb30-fca6ad790360
- STM 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön-strategia 2020. Tampere; Juvenes Luettu 20.08.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125500/URN_ISBN_978-952-003548-8.pdf?sequence=1.
- STM 2016. Sosiaali ja terveysministeriö 2016. Sote-uudistuksen tavoitteet. Helsinki. Luettu 22.08.2017. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>.
- STM 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Luettu 25.10.2017.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelu
- Speedie, S. M., Ferguson, A. S., Sanders, J., & Doarn, C. R. (2008). Telehealth: The promise of new care delivery models. *Telemedicine and eHealth*, 14(9).
- Tampereen kaupunki. Kotihoito. Luettu 15.06.2017.
<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/kotihoito.html>
- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Tilastokeskus väestöennuste 2012. Luettu 15.05.2017.
http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html
- Timonen, O. 2004. Lääkärin etävastaanotto. Oulu: Oulun yliopisto.
- Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. 2012. Luettu 15.05.2017.
<http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>.

- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2013. Etämittaus hoitotasapainon tukena. Elsis
- Turunen, JP., Niemi-Murola, L., Vainiomäki, P. & Patja, K. 2014. Ovatko lääkäriin kutsutut ikäiset. Luettu 2.9.2017.
[www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/7/duo115702014;130\(7\)](http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/7/duo115702014;130(7)).
- Työ- ja elinkeinoministeriö. TE-palvelut. Ammattinetti. Sairaanhoitaja. Luettu 10.9.2017 (http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/213_ammatti)
- Työ- ja elinkeinoministeriö. TE-palvelut. Ammattinetti. Lääkäri. Luettu 10.9.2017.
http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/213_ammatti
- Vaarama, M., Ylönen, L., Meriläinen, S. & Winqvist, N. 2009. Kotihoidon laatu Espoossa vuosina 2006-2008. Elämänlaatua lisää kotihoidon asiakkaille, ELLI-hanke. Espoo: Espoon kaupungin painatuspalvelut.
- Valtiovarainministeriön kirjelmä, VM2015-00247, 2015. Sivut 18. Luettu 14.09.2017.
https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kirjelma/Documents/EUN_5+2015.pdf
- Kauppi, Määtänen, Salminen, Valkonen. 2015. Vanhusten pitkäaikaishoidon tarve vuoteen 2040. Kunnallissalan kehittämissäätiö.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Videovisit kotisivut 2017. Luettu 17.07.2017. www.videovisit.fi
- Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä.4. uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.
- Vuononvirta, T. 2011. Etäterveydenhuollon käyttöönotto terveydenhuollon verkostoissa. Oulu: Oulun yliopisto.
- World Health Organization. 2013. Compendium of innovative health technologies for low resource settings. Luettu 20.08.2017.
- Zhong, K., Liu W-L., Locatis C., Ackerman M. (2016) Mobile videoconferencing apps for telemedicine. *Telemedicine and e-Health* 22(1).

LIITTEET

Liite 1. Kyselytutkimukseen osallistuvilla annettava tiedote

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA TAMPEREEN KAUPUNGIN LIELAHDEN KOTIHOIDON PALVELUALUEEN ASIAKKAILLE JA HOITAJILLE, JOTKA OVAT KÄYTTÄNEET ETÄLÄÄKÄRIPALVELUA TAI OSALLISTUNEET PALVELUN TOTEUTTAMISEEN 1.1.-31.8.2017.

Tutkimuksen nimi

Kyselytutkimus liittyy Tampereen ammattikorkeakoulun opiskelijan Anne Pystysen opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön aihe on ”Etälääkäripalvelun kehittäminen kotihoidossa”.

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Teitä pyydetään mukaan kyselytutkimukseen, jossa selvitetään etälääkäripalvelun käyttöön liittyviä hyötyjä sekä puutteita. Kyselytutkimukseen pyydetään Tampereen kaupungin Lielahden kotihoidon asiakkaita sekä etälääkäripalvelun toteutukseen osallistuneita sairaanhoitajia.

Tähän kyselytutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää osallistumisenne tai peruuttaa suostumuksenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa tutkimuksen aikana. Teidän ei myöskään tarvitse osallistua tähän tutkimukseen saadaksenne hoitoa.

Tietojen luottamuksellisuus ja tietosuojat

Tutkimukset toteutetaan anonymisti, tutkittavista henkilöistä kirjataan ylös ainoastaan epäsuoria tunnistetietoja, kuten ikäryhmä, sukupuoli, koulutus, työkokemus vuosina ja kokemus uuden teknologian käytöstä. Tutkimustallenteita ja aineistoa ei julkaista eikä luovuteta eteenpäin. Tutkimuksen tulokset julkaistaan lopullisessa opinnäytetyössä. Ennen tutkimusta osallistujien kanssa täytetään tämä suostumuslomake. Tutkimuskysymykset teen asiakkaille, hoitajille ja lääkäreille huolella sekä ymmärrettävästi.

Lisätietoja

Jos Teillä on kysyttävää tutkimuksesta, voitte olla yhteydessä opinnäytetyön tekijään Anne Pystyseen, puh. 040 58 924 95.

Olen perehtynyt edellä olevaan selvitykseen ja saanut riittävästi tietoa kyselytutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Kyselytutkimuksen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin kyselytutkimusta koskeviin kysymyksiini. Selvitykset antoi Anne Pystynen.

Ymmärrän, että tähän kyselytutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Allekirjoituksellani vahvistan, että osallistun tässä asiakirjassa kuvattuun kyselytutkimukseen ja suostun vastaamaan kyselyyn vapaaehtoisesti.

Allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Suostumus vastaanotettu

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Liite 2. Kysymykset asiakkaille

Tämä kyselytutkimus koostuu kahdeksasta valintakysymyksestä. Kussakin kysymyksessä on lause (väittämä) ja pyydän valitsemaan parhaiten kokemaasi kuvaavan kohdan seuraavalla tavalla:

-laita rasti kohtaan 1 jos lause vastaa täysin todellisuutta.

-laita rasti kohtaan 2 jos lause vastaa kohtalaisen hyvin todellisuutta

-laita rasti kohtaan 3 jos lause vastaa huonosti todellisuutta

-laita rasti kohtaan 4 lause ei vastaa ollenkaan todellisuutta

-laita rasti kohtaan 5 jos et osaa sanoa mikä vaihtoehtoista sopisi kuvaamaan kokemaasi parhaiten

1. Tiedottaminen. Sain hoitajan kautta ennen ensimmäistä etälääkäripalveluvastaanottoa riittävästi tietoa palvelun käyttöönotosta.

1	2	3	4	5

2. Puheyhteyden laatu. Etälääkärivastaanotolla puheyhteys lääkäriin on toiminut hyvin.

1	2	3	4	5

3. Videoyhteyden laatu. Etälääkärivastaanotolla videoyhteys lääkäriin on toiminut hyvin.

1	2	3	4	5

4. Multimedialaitteiston (puhe- ja videoyhteys) käyttö. Yhteyden luonti lääkäriin, ja yhteyden käyttö on vaikuttanut helpolta.

1	2	3	4	5

5. Lääkärin kanssa kommunikointi. Kommunikointi lääkärin kanssa on toiminut yhtä hyvin kuin ns. tavallisella lääkärin vastaanotolla.

1	2	3	4	5

6. Etälääkäripalvelun toimivuus ja saamani palvelun laatu. Koen etälääkärivastaanottopalvelun toimivaksi ja omalta kannaltani hyväksi ratkaisuksi.

1	2	3	4	5

Liite 3. Kysymykset hoitajille

Tämä kyselytutkimus koostuu kymmenestä valintakysymyksestä sekä avoimista kysymyksistä. Kussakin valintakysymyksessä on lause (väittämä) ja pyydän valitsemaan parhaiten kokemaasi kuvaavan kohdan seuraavalla tavalla:

- laita rasti kohtaan 1 jos lause vastaa täysin todellisuutta.
- laita rasti kohtaan 2 jos lause vastaa kohtalaisen hyvin todellisuutta
- laita rasti kohtaan 3 jos lause vastaa huonosti todellisuutta
- laita rasti kohtaan 4 lause ei vastaa ollenkaan todellisuutta
- laita rasti kohtaan 5 jos et osaa sanoa mikä vaihtoehtoista sopisi kuvaamaan kokemaasi parhaiten

1. Koulutus. Etälääkäripalvelun käyttöön liittyvä tiedonsaanti ja koulutus on ollut riittävää.

1	2	3	4	5

2. Puheyhteyden laatu. Yhteys on toiminut hyvin.

1	2	3	4	5

3. Videoyhteyden laatu. Videoyhteyden laatu. Yhteys on toiminut hyvin.

1	2	3	4	5

4. Multimedialaitteiston (puhe- ja videoyhteys) käyttö. Yhteyden luonti ja käyttö oli helppoa.

1	2	3	4	5

5. Multimediakonsultaatio (puhe- ja videoyhteys) verrattuna puhelinkonsultaatioon. Koen, että multimediakonsultaatio on merkittävä parannus verrattuna puhelinkonsultaatioon?

1	2	3	4	5

6. Tekninen tuki multimedialaitteiston (video- ja puheyhteys) häiriö- ja vikatilanteissa. Sain apua tekniseltä tuelta nopeasti eikä tuen saannissa ollut ongelmia.

1	2	3	4	5

7. Asiakkaan ja lääkärin välinen kommunikointi. Kommunikointi toimi yhtä hyvin kuin ns. tavallisella lääkärin vastaanotolla.

1	2	3	4	5

8. Lääkärin käytössä olevat asiakastiedot. Lääkärillä oli aina riittävät potilastiedot käytettävissään. (Pääsy potilastietojärjestelmään).

1	2	3	4	5

9. Tekninen tuki
multimedialaitteiston (video- ja
puheyhteys) häiriö- ja
vikatilanteissa. Sain apua
tekniseltä tuelta nopeasti eikä
tuen saannissa ollut ongelmia.

1	2	3	4	5

10. Asiakkaan ja lääkärin välinen
kommunikointi. Kommunikointi
toimi yhtä hyvin kuin ns.
tavallisella lääkärin vastaanotolla.

1	2	3	4	5

Liite 4. Avoimet kysymykset hoitajille

11. Kuinka paljon etälääkäripalvelulla pystyttiin vähentämään lääkärin fyysistä paikallaoloa (ns. viikoittaiset lääkärikäynnit)? Kerro miten usein ja millaisissa palveluissa erityisesti?
12. Millaisissa tapauksissa etälääkäripalvelulla pystytään korvaamaan perinteisiä asiakkaan lääkärissä käyntejä (esim. terveyskeskuksessa)?
13. Mitä muuta haluat sanoa etälääkäripalvelusta?